FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N° 390

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PRÉSENTÉE PAR

Chaje-Gitel KAPLAN

DIPLOMÉE D'UNIVERSITÉ

Née à Stakliskes (Lithuanie), le 7 Août 1899

Contribution à l'Étude des Algies postzostériennes

Président : M. J.-A. SICARD, Professeur

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VIe Arr.)

1927

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PRÉSENTÉE PAR

Chaje-Gitel KAPLAN

DIPLOMÉE D'UNIVERSITÉ

Née à Stakliskes (Lithuanie), le 7 Août 1899

Contribution à l'Étude des Algies postzostériennes

Président : M. J.-A. SICARD, Professeur

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VIe Arr.)

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
I. — Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Clinique médicale	N... / BEZANÇON / ACHARD / WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET / HARTMANN / LÉJARS / GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE / BRINDEAU / JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE / BRANCA

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	CHIRAY	Pathologie médicale
AUBERTIN	Pathologie médicale.	CLERC	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	DEBRE	Hygiène.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	I. DE JONG	Anatomie pathologique.
BINET	Physiologie.	DOGNON	Physique.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	DONZELO	Pathologie médical.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	DUVOIR	Médecine légale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	ÉCALLE	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	FIESSINGER	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.	GARNIER	Pathologie expérimentale
CHAMPY	Histologie.	GATELLIER	Pathologie chirurgicale.

MM.	
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.	Urologie.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ Henri..	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL..	Obstétrique .
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.

MM.	
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET, Fils..	Physiologie.
ZEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur).....	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERER ...	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale
LE LORIER....	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET .	Clinique médicale infantile.

MM.	
LERI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
VILLARET.. ..	Clinique médicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554629_0034

A LA MEMOIRE DE MA MERE ET DE MON PERE

A MES FRERES

En témoignage d'affection et de reconnaissance

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur J.-A. SICARD

Professeur de Pathologie Medicale
à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Necker
Officer de la Légion d'Honneur

Hommage de profond respect et reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait de présider cette thèse.

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine

et dans les hôpitaux de Paris

A M. LE Dr HAGUENAU

Assitant du Professeur SICARD

AVANT-PROPOS

Les troubles consécutifs qu'engendrent les différentes formes du zona sont bien connus à l'heure actuelle.

Ce sont des complications qui apparaissent à la période d'éruption le plus souvent et qui se prolongent plus ou moins longtemps après l'état aigu de la maladie. De nombreux auteurs ont signalé et décrit depuis longtemps ces complications postzostériennes.

Les paralysies, paresies et toutes modifications portant sur l'appareil moteur ont été relatées dans plusieurs mémoires et thèses.

Klippel et Aynaud donnent une magistrale étude sur les paralysies faciales zostériennes, qui ont fait l'objet des thèses de Dombrowsky, Baudoin, etc.

Les complications oculaires qui apparaissent au cours du zona ophtalmique ont été étudiées par Bowman et Hybord, par Sulzer, Proust.

Un mémoire sur l'altération de la sensibilité objective, notamment sur sa persistance remonte encore à la thèse d'agrégation de Renduy (1875). Ceci fait aussi l'élément des thèses de Rellier et Poirault.

La notion de douleurs postzostériennes se confond avec

celle du zona lui-même ; ces douleurs qui suivent le zona sont connues dans la littérature médicale depuis le XVIIIe siècle.

Dans notre travail, nous n'ajouterons rien à ce qui est classique. Nous nous proposons seulement d'étudier avec plus de détails cette complication redoutable, qui, depuis des études sur le rôle du sympathique et l'intervention chirurgicale dans ces algies proposée particulièrement par le Professeur Sicard, est entrée dans une phase nouvelle.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

La première indication sur le zona remonte à Celse, il donne la description de la première espèce de Feu Sacré d'après Rayer et Bærensprung. Un peu plus tard Pline l'Ancien désigne l'*Ignis Sacer* sous le nom de *Zoster* tandis que Scribonius Largus, son contemporain, le regarde comme un espèce d'*Herpes* et le nomme *ZONA* : « Zona quam Grœci Σρπητα dicunt », affirment ces auteurs Mais pour trouver la description de la douleur de ce Feu Sacré du feu de *Saint-Antoine*, ce synonyme populaire, il faut arriver à la deuxième moitié du XVIIIe siècle.

Lorry (1777) insiste sur les douleurs dans le zona.

Geoffroy parle d'élancements précurseurs de l'éruption et des douleurs qui persistent plusieurs mois après sa guérison complète.

Alibert (1832) dans un style figuré, après avoir parlé des picotements intolérables, des démangeaisons aigues et brûlantes, de cette ceinture de feu dont les malades se croient serrés, il dit au sujet de ce qu'il appelle zoster chronique : « Ce qu'il y a de désespérant dans le zoster, c'est que toute la maladie ne réside pas dans l'éruption ;

la douleur reste même que tous les symptômes extérieurs se sont évanouis. J'ai vu un homme qui éprouvait depuis deux ans un prurit insupportable dans la même partie où existaient jadis les vésicules ». Plus loin on lit : » Cette affection n'est d'ailleurs funeste que par la douleur atroce qu'elle détermine ». Pour lui, c'est une dartre pylyctenoïde en zone.

Rayer (1835) : « Parfois cette douleur se fait sentir plusieurs semaines ou quelques mois après la disparition complète de l'inflammation des téguments ».

Et dans le traitement il ajoute : « Quant aux *douleurs sous-cutanées* plus ou moins vives qui persistent quelquefois pendant plusieurs mois après la disparition du zona, dans les régions où il est apparu, elles sont ordinairement combattues avec succès par la jusquiame, la belladone... et l'application de vesicatoires volants sur le trajet des nerfs affectés.... J'ai vu cependant plusieurs exemples de névralgies qui n'ont point cédé à ces moyens et beaucoup d'autres. Je ne puis mieux comparer les *douleurs rebelles* qui survivent au zona qu'à certains tics douloureux dont la résistance aux agents thérapeutiques est quelquefois vraiment déplorable ». Dans l'historique il rapporte les cas de Pinel et de Louis dans lesquels les douleurs persistaient pendant plusieurs années après la disparition de l'éruption.

On voit donc que l'importance et la persistance de ce symptôme-*douleur* ont été signalées à diverses époques. Pour les uns, ce symptôme, remarquable par sa violence et sa ténacité, ne diffère en rien des sensations douloureuses dans un grand nombre d'affections, pour d'autres

comme Rayer, la nature de cette douleur est *névralgique*.

De même Heussinger (1846), Romberg (1850) après avoir décrit cette douleur, la comparent aussi à une névralgie.

Heussinger parle de points douloureux sur le trajet de nerfs et du rapport entre l'exanthème et la douleur. Il suppose que *la maladie est subordonnée à une atteinte medullaire*.

Romberg insiste surtout sur les *douleurs postzostériennes* qui sont tout-à-fait semblables aux névralgies et peuvent être, mais pas toujours, calmées par les antinévralgiques ; et pour cette raison il vaut mieux les classer parmi les névralgies que parmi les maladies de la peau.

Parrot (1856) en relatant la cause et les effets du zona, se prononce catégoriquement : « Nous disons donc que le zona est une manifestation toujours secondaire subordonnée à l'existence d'une névralgie, d'une nature rhumatismale et dyspeptique ».

Trousseau (1861) dans ses leçons magistrales à l'Hôtel-Dieu après une remarquable description des douleurs à la période aiguë, exprime ainsi : « Un phénomène qui chez les vieillards surtout paraît être un des plus caractéristiques du zona, c'est la persistance de la douleur après la disparition de l'éruption. Cette douleur qui présente toujours le même caractère d'acuité, causant au malade d'intolérables souffrances, persiste souvent, en effet, non seulement pendant plusieurs mois, mais... elles peuvent persister pendant plusieurs années ». Il rapporte les cas: d'une dame de 70 ans qui, quatorze ans après le zona, éprouvait encore des douleurs atroces, et d'une autre

malade de 60 ans qui, depuis cinq ans, est horriblement tourmentée par les douleurs du zona.

Dans la même leçon Trousseau remarque : « Si le pronostic du zona n'est pas grave, en tant que jamais, il ne compromet l'existence des malades, il est grave en ce sens que chez les vieillards du moins, il laisse à la suite des intolérables douleurs qui font le désespoir des malades et de la médecine ».

Il se rallie à l'opinion de Parrot et classe aussi le zona dans les névralgies, mais l'éminent observateur remarque qu'il n'est pas sûr que le zona ne soit pas quelquefois contagieux.

Ainsi à la notion de dermatose on voit se substituer la notion de dermato-neurose, mais il faut arriver à 1863 pour trouver cette hypothèse formulée.

C'est l'autopsie de Bærensprung (1863) qui démontra que l'éruption et la douleur sont dues à *l'inflammation du ganglion spinal.* Déjà ayant (1861-1862) cet auteur supposa l'atteinte de ce centre ganglionnaire, les troubles sensitifs et trophiques étant dans le même territoire, et l'origine de ces fibres se trouvant dans le ganglion spinal.

Une période de conceptions pathogéniques commence. Nombreuses furent les recherches depuis. La plupart confirment la même lésion (Charcot et Cottard, Weidner, etc.). Mais Pitres et Vaillard après une autopsie insistent sur ce point que le zona peut être une conséquence directe des *lésions des nerfs périphériques*, avec ou sans altération concomitante des ganglions et des racines correspondantes.

Pai contre, Brissaud, ayant trouvé une disposition segmentaire dans certains zonas voit un rapport étroit avec le *métamerie embryonnaire de l'axe cérébro-spinal.*

Ainsi vers la fin du siècle dernier nous nous trouvions en présence de trois théories différentes : *théorie periphérique, théorie medullaire* et *théorie ganglionnaire.* Les travaux de Head et Campbell ainsi que les autopsies de Dejerine et André-Thomas (1907) concordent avec la dernière théorie, ce qui n'est pas confirmé par la dernière autopsie de Lhermitte et Nicolas (1924). Ces auteurs trouvent une lésion de l'axe gris spinal ainsi que des lésions ganglionnaires. Ils voient dans la lésion profonde et certainement définitive l'échec d'interventions chirurgicales sur les ganglions en cas d'algies rebelles.

Mais avant d'aborder l'histoire de ce traitement on ne peut passer sous silence l'introduction de la ponction lombaire au cours des algies postzostériennes et les considérations sur le sympathique au cours de ces douleurs.

La ponction lombaire, inaugurée par Brissaud et Sicard (1901) dans le zona a trouvé son application au cours des algies poszostériennes.

Le rôle du sympathique fut mis en évidence par les travaux d'André-Thomas et Heuyer (1912). Les auteurs, trouvant surtout un processus hémorragique dans les ganglions, l'attribuent aux fibres sympathiques.

Sicard (1919) en précisant le caractère des douleurs postzostériennes cette causalgie persistante, rebelle à toutes les thérapeutiques, voit en elle-même l'origine sympathique, et le zona est pour lui une *ganglio-radiculo-sympathalgie.*

Partant de ce point de vue, le traitement est dirigé à notre époque contre les ganglions, racines et sympathique.

Nous n'insiterons pas sur tous les antinévralgiques, antispasmodiques qui étaient administrés contre cette douleur depuis des siècles, non plus sur les agents physiques, nous passerons aussi sur la vogue des injections « *loco dolenti* » qui n'ont pas donné les résultats espérés dans ces douleurs postzostériennes. Par contre nous exposerons les divers traitements chirurgicaux.

Sicard en 1920 apporte des observations d'interventions chirurgicales dans les algies intercostales.

L'intervention sur le sympathique a été signalée par Leriche la même année.

En 1922 Sicard et Robineau présentent une observation bien encourageante sur une radicotomie retro-gasserienne par arrachement.

La radicotomie dans les zona intercostaux ayant échoué, on a été amené à intervenir sur les cordons latéraux de la moelle. Cette dernière opération a été introduite dans la pratique par Sicard et Robineau.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Le zona, rare chez l'enfant, passe souvent inaperçu à cause de l'absence des douleurs et de son évolution rapide. Il est l'apanage de l'âge adulte, entre 20 et 40 ans, et laisse rarement des séquelles douloureuses. Ces douleurs post-zosteriennes se rencontrent surtout chez les vieillards « La névralgie du zona croît en proportion de l'âge » (Brissaud). Sur 33 observations que nous relatons dans notre thèse, nous avons trouvé les chiffres suivants :

De 20 à 30 ans	=	1	cas
30 40	=	2	—
40 50	=	2	—
50 60	=	6	—
60 70	=	9	—
70 80	=	7	—
80 90	=	3	—

Il y a trois observations dont l'âge n'est pas indiqué. On voit bien que l'algie postzosterienne atteint son maximum de fréquence entre 60 et 70 ans, pour décroître ensuite, mais cela n'indique pas encore qu'elle diminue avec l'âge, car les survivants après 70 ans sont rares.

Ce sont des faits certains, mais pas explicables. Doit-on attribuer les douleurs chez les vieillards à l'inaptitude de

la cellule à se régénérer ; ou faut-il les rattacher à une plaque de méningite chronique sur le carrefour ganglio-radiculaire, ou à une lésion plus profonde du système nerveux au cours des algies postzostériennes ? Mais, pourquoi chez certains vieillards, la réaction douloureuse est-elle passagère, tandis que chez les autres elle s'éternise ? Ne serait-il pas raisonnable, dans ces cas, d'incriminer l'arthritisme, la goutte, ou, peut-être, une syphilis latente? Ou devons-nous dire que leur durée, leur gravité, leur évolution, ne dépend d'aucun facteur, seulement de l'individu même ?

Ces douleurs sont encore en rapport avec les cicatrices dans la plupart des cas. Les cicatrices confluentes, pigmentées, laissent des douleurs plus tenaces, plus rebelles, mais il y a des exceptions.

Elles sont aussi fonction de la lymphocytose céphalo-rachidienne ; souvent aigües quand la lymphocytose est abondante, ou au contraire supportables quand celle-ci est atténuée. Mais ce sont là des causes accessoires, le facteur essentiel c'est l'âge du malade et encore son sexe. Dans nos observations, sur 33 cas, nous trouvons :

20 cas appartenant à des femmes,
13 cas — hommes.

Trousseau a déjà insisté sur ce fait que les douleurs qui suivent le zona se rencontrent plus fréquemment chez les femmes. En dehors de l'âge et du sexe, aucun autre facteur étiologique connu (race, pays, climat) ne peut être incriminé d'apparence.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

Dans ce chapitre, nous faisons entrer la symptomatologie, les formes, l'évolution, le pronostic et le diagnostic.

I. — *SYMPTOMATOLOGIE*

Dans cette partie de notre description, l'essentiel, c'est la douleur, elle évolue pour son propre compte ; à elle seule, elle peut constituer une entité clinique ; mais les signes associés doivent être aussi considérés, puisque leur étude détaillée nous amènera, peut-être, un jour à préciser la localisation de la lésion.

La douleur

La description de la douleur de la période aiguë n'entre pas dans le cadre de ce travail ; nous voulons parler des douleurs tenaces, persistantes, qui restent après que l'éruption a cédé et que toutes les manifestations concomitantes du zona ont cessé. Ces douleurs persistent, quelquefois, même augmentent, se prolongent des semaines

des mois et des années, souvent torturant les malades, rendant leur vie intolérable.

Ces douleurs sont caractérisées par leur acuité, par une sensation de brûlure, de broiement, de morsure. Elles sont transfixiantes, causalgiques et, comme les dernières, elles sont influencées par les changements hygrométriques ; c'est ainsi que l'exposition à l'air, au soleil, à la chaleur, détermine des paroxysmes. Elles sont aussi soumises aux réactions psychiques : toute émotion, toute crainte, les bruits vifs de voisinage exaspèrent cette douleur.

La douleur siège au niveau de l'éruption, mais elle peut s'irradier aussi dans les régions voisines, créant ainsi dans le zona ophtalmique une hémicrânie ; dans les zona intercostaux des régions douloureuses en ceintures plus larges.

Ce sont les douleurs permanentes, une algie *continue*, qui ne s'apaise jamais complètement, c'est une douleur sans rémission, ni trève. S'il y a des atténuations partielles elles sont fréquemment abrégées par des paroxysmes d'une acuité extrême. Le fait de se coucher sur le côté malade, le moindre mouvement peut provoquer des paroxysmes.

Ces algies sont rebelles, tenaces, ne cédant que rarement à un agent thérapeutique, sauf à la morphine.

Sensibilité objective

Les troubles de la sensibilité sont presque constants au cours du zona. Ils font partie du cortège symptomatique. Il s'agit ordinairement d'hyperesthésie ou d'hypo ou

d'anesthésie à un ou plusieurs modes de la sensibilité ; parfois se trouve réalisée une dissociation syringo-myélique. Ces troubles peuvent persister plusieurs mois après la fin de l'éruption, rester définitifs et, à eux seuls, constituer une complication.

A priori, on peut prédire l'existence de ces troubles au cours des algies postzostériennes. Rellier, dans sa thèse sur les troubles de la sensibilité objective au cours du zona, relate un certain nombre de cas qui appartiennent aux malades souffrant d'algies postzostériennes.

La sensibilité au tact. — Ce mode de sensibilité peut être conservé, tandis que les sensibilités douloureuse et thermique sont atteintes (Obs. XV). Mais, en général, la sensibilité au tact est modifiée dans le même sens que les autres.

La sensibilité douloureuse. — Les troubles de cette sensibilité peuvent exister seuls, donnant lieu à une hypo ou analgesie, mais dans la plupart des cas, ces troubles sont associés à une atteinte thermique.

La sensibilité thermique. — Cette sensibilité peut être profondément modifiée, comme dans l'observation XV, où le malade ne pouvait distinguer les températures de 18° et 70°.

Le plus souvent, il s'agit d'hypo ou d'anesthésie à tous les modes, plus rarement d'hyperesthésie. On observe parfois une anesthésie au niveau du zona, avec une hyperesthésie à la périphérie de la région atteinte (Obs. XXVIII). Il arrive aussi que la sensibilité objective reste intacte (Obs. XXIII).

Généralement, la sensibilité superficielle est altérée,

mais on a cité des cas avec une atteinte de la sensibilité profonde (Claude et Vetter).

Les troubles de la sensibilité siègent au niveau des cicatrices, mais il n'est pas rare d'observer leur empiètement sur le territoire de la peau saine, ce qui, une fois de plus, nous indique que cette modification de la sensibilité est due non seulement à l'altération de la peau au niveau des cicatrices, mais encore à une atteinte du filet nerveux. La dissociation des sensibilités : conservation de la sensibilité tactile, tandis que les sensibilités thermique et douloureuse sont atteintes, nous rend compte que les lésions peuvent siéger dans certains cas, non seulement au niveau du ganglion, mais dans la moelle même.

Troubles moteurs

Malgré que les troubles moteurs, se traduisant par des paralysies, se rencontrent assez fréquemment chez les vieillards au cours du zona, on ne voit guère la coexistence de ces troubles avec les algies.

Ces troubles moteurs, qui apparaissent en même temps que le zona ou un peu plus tard, sont en rapport étroit avec le territoire occupé par le zona. Ils persistent longtemps après l'éruption, mais, en général, ces troubles sont bénins et transitoires.

Il n'y a pas de rapport entre les troubles moteurs et l'élément douleur. On voit parfois la disparition des douleurs avant l'apparition des paralysies ou leur persistance après la disparition de celles-ci (Obs. XVII).

L'intensité de ces troubles moteurs, leur fréquence, ne

dépendent d'aucun élément douleur. Ces deux complications évoluent pour leur propre compte.

Troubles trophiques

Ce sont, au premier abord, les cicatrices. Constantes au cours des algies postzostériennes, elles sont toujours un reliquat d'un zona rebelle. Dans la plupart des cas, ces cicatrices sont confluentes, formant parfois une nappe sur tout un territoire nerveux (Obs. I). Elles sont assez souvent pigmentées ; cette pigmentation peut disparaître avec la cessation de la douleur (Obs. II). La pigmentation peut occuper non seulement les cicatrices, mais former une zone dans la région atteinte, dépassant les cicatrices en haut et en bas (Obs. XXVII).

Tous les autres troubles trophiques, comme reliquats des zona, peuvent se rencontrer au cours des algies postzostériennes. Les amyotrophies, les hypotonies musculaires avec effacement des rides, une peau lisse avec aspect œdémateux du visage (Obs. X), peuvent s'observer.

Les arthrites consécutives aux zona des membres et localisées dans le territoire du zona, ont été signalées (Guillain et Pernet, Guillain et Routier, Claude et Vetter). Les séquelles peuvent coïncider avec les douleurs postzostériennes (Félix Rose). Ce sont des arthrites à type de rhumatisme déformant, doigts tuméfiés, fuselés, avec bosselures au niveau des articulations, ankylose, lésions articulaires et periarticulaires.

Des keratites neuro-paralytiques au cours des algies postzostériennes peuvent s'observer (Obs. III).

Troubles vaso-moteurs, secrétoires et sudoraux

Les troubles vaso-moteurs peuvent se traduire par une vaso-dilatation permanente dans le territoire atteint, s'exagérant au moment des paroxysmes (Obs. IX). Un aspect œdémateux et congestionné des téguments a été noté (Obs. X). L'hypotermie a été constatée dans la région de l'éruption (Obs. XIX).

Les troubles sécrétoires peuvent s'observer au moment des paraxysmes douloureux dans le zona ophtalmique, se traduisant par larmoiement, coryza unilatéral (Obs. IX). Des troubles sudoraux localisés dans le territoire de l'éruption ont été cités (Obs. XX).

Troubles sensoriels

Nous ne serons pas surpris de voir la coïncidence des douleurs postzostériennes dans le zona de la face avec des troubles sensoriels, comme l'atteinte de l'ouïe, du goût, de l'odorat, qui étaient signalés comme séquelles dans le zona.

Reflexes cérébro-spinaux et sympathiques

Les modifications de la réflectivité cérébro-spinale, au cours des algies postzostériennes, nous paraissent n'avoir jamais été signalées. On a cité des troubles, des réflexes à la suite d'un zona intercostal (Bruce). On peut voir leurs modifications au cours du zona même, liées à la réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien (Chauffard et Froin). Mais, en général, les troubles de la réflectivité cérébro-spinale accompagnent les paralysies qui compliquent les zona.

Par contre, la reflectivité sympathique est toujours

modifiée. Déjà Ramond, en 1910, signala la facilité à provoquer la « chair de poule » du côté malade au cours du zona, par simple friction avec l'ongle sur la peau qui environne l'éruption. Il a trouvé le reflexe dans plus de la moitié des cas, et il note que ce phénomène ne dure que deux ou trois semaines. Mais c'est surtout à André-Thomas que l'on doit cette étude. Il trouve des modifications de la reflectivité sympathique au cours du zona et au cours des algies postzostériennes. Dans les deux cas, la modification du réflexe est la même.

On distingue un reflexe pilo-moteur local, qui se produit par frôlement ou pincement de la région à explorer, et un réflexe pilo-moteur à distance, provoqué par excitation cervicale au niveau du trapeze. Ces deux reflexes s'appellent encore reflexes périphériques.

André-Thomas distingue encore un reflexe dit central, il est généralisé, étendu à tous les teguments ; on l'appelle encore encéphalique ; il est provoqué par l'émotion, la peur, l'effroi, etc...

Dans toutes les observations (XVIII, XIX, XX, XXI et XXII), on trouve la modification de ces reflexes du côté malade, se manifestant par plaques sur les zones atteintes.

Reflexe pilo-moteur local. — Une areflexie en aire s'observe au niveau du zona dans tous les cas.

Reflexe pilo-moteur à distance. — Ce reflexe se montre toujours absent au niveau de la région atteinte ; parfois l'areflexie s'étend au voisinage de la plaque éruptive.

Reflexe central. — Celui-ci se manifeste chez trois malades (Obs. XVIII, XX et XXII), dès qu'on les découvre. L'apparition de la « chair de poule » est évidente sur tout

le corps, mais toujours plus accentuée du côté malade, particulièrement au-dessus de l'éruption. Le reflexe étant plus faible ou faisant complètement défaut sur le territoire atteint.

Les troubles des reflexes pilo-moteurs sont constants au cours des algies postzosteriennes. L'areflexie en plaque ne manque dans aucun cas dans le territoire atteint. Il existe aussi, chez certains malades, une exagération du reflexe sur une certaine étendue du tronc à distance du zona.

Cette aréflexie pilo-motrice nous indique, une fois de plus, le rôle du sympathique au cours des algies postzosteriennes. Ces troubles seront dus soit à la lésion des rameaux communicants, soit des nerfs dans leur trajet périphérique. La hypereflectivité du sympathique dans certains cas au-dessus des lésions peut s'expliquer soit par une simple répercussion, soit par une irritation de la chaîne sympathique, ou même de la colonne sympathique dans la moelle.

L'areflexie en plaque coexiste avec les autres troubles sympathiques, vaso-moteurs, thermiques et sudoraux.

Les troubles du sympathique ne sont pas en rapport avec les troubles de la sensibilité. Ces troubles de la sensibilité sont variables dans ces observations (anesthésies, hypo ou hyperesthésies).

« Il y a une indépendance topographique des divers troubles sympathiques entre eux et vis-à-vis des troubles sensitifs : Les aires d'areflexie pilo-motrice peuvent être indépendantes des bouquets éruptifs ». (André-Thomas).

Le liquide céphalo-rachidien

C'est en 1901, que Brissaud et Sicard appliquent la méthode de la ponction lombaire chez les zonateux et signalent l'existence d'un liquide clair avec lymphocytose notable dans deux cas au cours de la période d'éruption.

Depuis, les observations se multplient (Achard, Loeper, Ch. Dopter, Widal et Le Sourd, etc.). La fréquence de la réaction lymphocytaire a été démontrée, mais non sa constance.

Cette lymphocytose est discrète pour les uns (Achard, Loeper et Laubry), abondante pour les autres (Chauffard et Boidin). Mais, en général, les auteurs admettaient que la lymphocytose est d'autant plus abondante que les douleurs sont plus vives et que l'éruption est plus fleurie. Cela n'est vrai que d'une façon générale ; il y a à cette règle de nombreuses exceptions.

La question de l'évolution de cette lymphocytose a été posée aussi par Brissaud et Sicard, lors de leur première communication : « Grâce à cette maladie rapidement curable, nous pourrons savoir, par des ponctions ultérieures, si ces éléments disparaissent du liquide cephalo-rachidien et quand et comment ils disparaissent. »

Cette ponction en série a été étudiée par Chauffard et Boidin. On a constaté que la lymphocytose peut survivre à l'éruption, mais sa persistance est en rapport le plus souvent avec les paresthésies, atrophies musculaires, et surtout avec les douleurs postzostériennes. Déjà, avant cette publication, Sicard apporta deux observations

d'algies postzostériennes de dix et de treize mois, accompagnées de réactions lymphocytaires du liquide céphalo-rachidien.

Dans nos cas où la ponction lombaire était pratiquée, le liquide se montrait presque toujours modifié, mais à un degré variable.

Ce liquide était toujours limpide, légèrement hyperalbumineux, parfois hypertendu (Obs. XXVIII) uniquement à lymphocytose de moyenne intensité, rarement associé aux autres éléments cellulaires. Cette lymphocytose est souvent en rapport direct avec les douleurs: quand les douleurs ne sont pas aigües, la lymphocytose est discrète (Obs. XXV) ; au contraire, elle est abondante quand les douleurs sont vives (Obs. XXIV). Mais, comme au cours du zona, au point de vue des réactions lymphocytaires, il y a de nombreuses exceptions (Obs. VIII). On peut donc conclure que la lymphocytose rachidienne au cours des algies postzostériennes est un phénomène fréquent, mais pas constant.

La lymphocytose qui indique une atteinte méningée, n'est pas forcément liée aux lésions cérebro-spinales. Les travaux de Sicard et Cestan ont bien démontré que les culs-de-sac lamello arachnoïdiens ont leur terminaison très voisine du pôle interne du ganglion. Ces rapports de contiguité permettent de concevoir la facilité de production de lésions concomitantes. Mais ne pouvons-nous pas admettre qu'une lymphocytose abondante soit due à une lésion cérébro-spinale ?

Etat général

L'état général des malades au cours des algies poszostériennes est le plus souvent altéré. Les signes physiques s'intriquent avec les réactions psychiques.

En premier lieu, c'est l'insomnie. Les douleurs persistantes, quelquefois s'exagérant même la nuit par crises, ne laissent à ces malades aucun repos, aucune trêve. Le sommeil est procuré à l'aide des narcotiques. Parfois, seulement de hautes doses amènent le soulagement recherché, mais éphémère, durant quelques heures seulement, et au prix d'un réveil douloureux. Ces insomnies, ces douleurs continuelles modifient vite la santé physique de tels malades qui maigrissent parfois considérablement : quatorze kilogrammes pendant six mois (Obs. XI). Inutile d'insister sur leur fatigabilité, asthénie, inappétence. Mais, comme toujours, il y a des exceptions (Obs. X) ; la malade, malgré les douleurs extrêmement violentes, a conservé un état général excellent.

Mais c'est surtout l'état psychique qui est influencé. Ces douleurs durables et aigües impressionnent les malades et amènent la crainte, l'appréhension, l'anxiété du lendemain douloureux. Ces malheureux aux prises avec les tortures de tous les instants, deviennent irritables. Le moindre bruit, le moindre frôlement provoquent des crises de colères. Ils réclament un silence absolu autour d'eux. Parfois, il leur semble que l'entourage leur est hostile ; ils deviennent des maniaques, des revendicateurs. Les victimes de leurs revendications peuvent deve-

nir les médecins eux-mêmes, à la suite d'interventions inefficaces.

Ou, par contre, ces malades deviennent déprimés, abattus, entrent dans une sorte de mutisme, dans l'inertie la plus complète, rebelle à toute sollicitation extérieure.

Mais quel que soit l'état psychique de tels malades, qu'il s'agisse d'un excité ou d'un déprimé, leur désespoir peut être porté à un tel paroxysme que des idées d'autodestruction se font jour (Obs. XVII). « L'idée de suicide germe vite dans un tel état d'affolement » (Brissaud).

Il n'est pas superflu d'admettre que l'expression de leur souffrance et désespoir a peut-être parfois quelque chose d'exagéré. Mais quoi qu'il en soit, nous ne saurions assez insister sur ce point que de tels malades souffrent assez, pour devenir à la charge de leur entourage et de la société, et qu'une fois de plus nous sommes sollicités de chercher un traitement radical à ces douleurs.

II. — *FORMES SUIVANT LA LOCALISATION ET L'AGE*

La fréquence des séquelles douloureuses postzostériennes, marche de pair avec la fréquence des formes topographiques du zona, exception faite pour le zona ophtalmique.

Zona ophtalmique

Les douleurs qui suivent cette forme de zona se rencontrent dans notre étude 13 fois sur 33 cas Cette variété s'observe, comme nous l'avons indiqué dans l'étiologie,

plus fréquemment chez la femme (8 femmes et 5 hommes) et avec prépondérance du côté gauche. Cette forme atteint son maximum entre 40 et 70 ans, rare avant et après cet âge. On ne la voit guère associée à l'atteinte d'autres nerfs du trijumeau.

Nous ne possédons pas de cas d'autres zona de l'extrémité céphalique, sauf une observation concernant un zona cervico-facial avec paralysie passagère de la VIIe paire. Mais nous ne serons point étonnés de rencontrer des otalgies consécutives au zona geniculé total ou partiel. Ainsi, on peut prévoir les douleurs dans le domaine du pneumogastrique consécutives à l'atteinte du ganglion plexiforme et jugulaire, les algies dans la distribution du glosso-pharangien qui suivront la lésion du ganglion d'Andersch et d'Ehrenritter ; mais les algies postozostériennes des IXe et X^e^ paires doivent être exceptionnelles.

Zona du tronc

La fréquence des douleurs consécutives dans cette forme est en proportion de la fréquence de la variété même. Le plus grand nombre appartient aux zona intercostaux. L'algie qui suit le zona du tronc est surtout l'apanage des vieillards entre 60 et 80 ans.

Zona des membres

Les algies postzostériennes qui persistent dans cette variété sont rares, comme en général les zona des extrémités eux-mêmes, relativement peu fréquents. Nous ne

possédons qu'un seul cas d'algie de la jambe (Obs. V) et un cas à topographie brachiale associé à une atteinte cervicale (Obs. XXXII).

Zona cervical

Cette forme qui laisse des séquelles est relativement fréquente dans nos observations : quatre cas isolés ou associés.

Ces deux dernières formes s'observent exclusivement chez les vieillards.

III. — *EVOLUTION ET PRONOSTIC*

Rien n'est plus variable que l'évolution des algies postzostériennes. On voit parfois des algies rebelles, extrêmement violentes, qui n'étaient influencées par aucune thérapeutique, guérir seules, céder d'elles-mêmes, tandis que d'autres à douleurs tout à fait supportables, s'éternisent. Les douleurs parfois légères au début, s'accentuent à la longue, ou, au contraire, étant d'une acuité extrême, s'atténuent. On peut encore voir des paroxysmes se greffer sur des douleurs continuelles.

La durée de ces douleurs ne dépend d'aucun facteur apparent, sauf de l'âge du sujet. Elles peuvent céder comme devenir chroniques.

Certains auteurs (Baudoin) admettent que la durée des algies postzostériennes est de dix-huit mois et qu'après ce laps de temps elles finissent par guérir. Nous ne croyons pas qu'il en soit ainsi ; évidemment, il y a des cas où les douleurs cessent, même beaucoup plus tôt, mais

tous les faits cliniques ont appris qu'après un an l'algie devenait chronique. « La douleur du zona évolue assez souvent spontanément vers la guérison, mais lorsque l'algie a persisté pendant quelques mois, il est bien rare qu'elle ait de rétrocession. Après une année de persistance algique, on peut prévoir la chronicité » (Sicard). Dans la littérature médicale on relate les cas de Trousseau (14 ans), Blanchez (20 ans).

Effectivement, nos 33 observations démontrent :

Jusqu'à 6 mois : 11 cas.

Entre 6 mois et 1 an : 6 cas.

Entre 1 an et 2 ans : 4 cas.

Entre 2 ans et 3 ans : 8 cas.

En plus, 1 cas de 3 ans; 1 cas de 4; 1 cas de 6 et 1 cas de 7 ans.

Parmi les observations jusqu'à un an, une partie était communiquée guérie au moment de leur publication. Tous les autres cas notent des douleurs persistantes ; l'intervention chirurgicale dans certaines de ces algies a été tentée. Nous y reviendrons dans le chapitre du traitement.

Le pronostic est fonction surtout de l'âge des malades. On sait bien que les algies succédant au zona peuvent s'observer aussi chez les jeunes, mais il est rare qu'elles deviennent chroniques avant quarante ans.

Le pronostic est grave chez les vieillards, d'autant plus grave qu'on s'éloigne de la période d'éruption. Après un an, l'affection passe fatalement à la chronicité et elle est d'autant plus cruelle qu'on n'est pas en état, le plus souvent, d'en prédire la longue durée.

IV. — *DIAGNOSTIC*

Pour aborder le diagnostic, il nous faut nous étendre sur ce que nous appelons *algies postzostériennes*. Sous ce nom, nous comprenons les douleurs qui se prolongent ou surviennent après les zona éruptifs primitifs, c'est-à-dire à caractère de spécificité, conférant l'immunité et, dans la plupart des cas, ne récidivant pas. Il est bien entendu que le zona symptomatique peut laisser après lui des séquelles douloureuses, constituant un syndrome radiculaire. Mais, ce reliquat doit être rare, et du reste, dans notre travail ce sont toujours les zona vrais que nous avons envisagés.

Et de plus pour trancher le diagnostic entre ces deux zona : le zona vrai et l'éruption zostériforme, il nous reste un moyen sûr, c'est la cicatrice post-éruptive. Cette cicatrice reste toujours dans le vrai zona, du moins chez l'adulte, sous forme d'altération du derme, de morsure, de tache tégumentaire définitive. Au contraire, dans l'éruption zostériforme, les téguments reprendront progressivement leur aspect antérieur, sans aucun stigmate cicatriciel. « Nous n'avons jamais trouvé chez l'adulte ce signe en défaut » (Sicard). Les cicatrices sont constantes au cours des algies postzostériennes, elles sont localisées au siège de la douleur.

Partant de ce point de vue, nous éliminons les discussions sur le zona sans éruption. Ces zona étaient admis par certains auteurs (Widal, Minet, Sicard). Le diagnostic était porté grâce à la contagiosité, ou atteinte concomitante de l'état général, et surtout grâce à la lympho-

cytose rachidienne. La possibilité des douleurs consécutives à ces zona est à envisager, mais cela doit être d'une éventualité exceptionnelle.

En admettant la cicatrice comme stigmate du zona vrai, à coup sûr nous éliminerons le diagnostic avec toutes les autres ganglio-radiculites.

Les affections de la peau laissant des cicatrices ne s'accompagnent pas de douleurs présentant le caractère que nous avons décrit.

En somme, à part la cicatrice, nous ne possédons aucun autre critérium, ni clinique, ni humoral. La lymphocytose n'est pas toujours constante, et, du reste, toutes les autres myelo-radiculites peuvent s'accompagner de réaction méningée. C'est sur la cicatrice seule que le diagnostic rétrospectif doit être basé. Cette cicatrice, dans la plupart des cas, très visible au cours des algies post-zostériennes, peut parfois être discrète, et doit être recherchée avec grand soin, comme dans le syndrome geniculé, mais elle doit toujours exister.

CHAPITRE IV

ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Nous ne savons pas si dans les formes douloureuses du zona, dans les algies postzostériennes il y a des lésions spécifiques. Toutes les autopsies jusqu'à nos jours ont été faites chez les zonateux à des moments divers : à la période aigüe ou plus tard. Chez Head et Campbell on trouve des autopsies chez d'anciens zostériens, mais dont l'éruption n'était pas suivie de douleurs.

Depuis Baerensprung jusqu'à la dernière autopsie d'André-Thomas et Heuyer, à peu près toutes les autopsies se concordent. La lésion primitive se trouve dans le ganglion correspondant au territoire radiculaire siège du zona. L'inflammation du ganglion est d'ordre infectieux ; il est gonflé, tuméfié, parfois infiltré de foyers hémorragiques (André-Thomas et Heuyer). L'existence de fibres dégénérées dans le bout périphérique et dans le bout central a été constatée (Head et Campbell, Dejerine et André-Thomas). A l'examen histologique on trouve les cellules qui sont en chromatolyse ou disparues et les fibres nerveuses sont altérées, atrophiées. La moelle pourrait être le siège de foyers hémorragiques, du moins

apparaître congestionnée et œdematiée, présenter la dégénérescence secondaire (André-Thomas et Lamunière).

Au contraire les dernières études anatomo-pathologiques ont montré l'existence de lésions des cornes postérieure, en même temps que de l'inflammation ganglionnaire. Les cordons restaient intacts, sauf le cordon antero-latéral qui était traversé par des vaisseaux bourrés de lymphocytes (Lhermitte et Nicolas).

Les lésions du ganglion sympathique cervical supérieur au cours des algies postzostériennes ophtalmiques ont été citées (Leriche).

Enfin, il convient d'insister sur l'alteration méningée, épaississement, infiltration, vascularisation intense, dont la modification du liquide céphalo-rachidien est le reflet.

Mais il faut que nous répétions que nous ignorons si les mêmes lésions constatées au cours du zona contribuent aux manifestations douloureuses postzostériennes.

CHAPITRE V

PATHOGENIE

Depuis plus d'un demi-siècle, différentes théories expliquant les douleurs dans le zona ont été émises. Les unes ont trouvé leur confirmation, au moins partielle, les autres sont restées dans le domaine des hypothèses. Nous nous bornerons dans ce chapitre à passer en revue les trois grandes théories qui régnent à l'heure actuelle.

Théorie ganglio-radiculaire

Les diverses constatations cliniques, mais surtout anatomiques ont porté les observateurs à considérer le zona comme une ganglio-radiculite d'origine infectieuse. Le proto-neurone sensitif altéré a expliqué la douleur, tandis que les troubles trophiques étaient attribués au sympathique, étant donné que le bout périphérique de la racine était atteint comme le bout central.

Après les travaux de Ramsay Hunt, il a été bien établi que les ganglions des nerfs de l'extrémité céphalique se comportent comme leurs congénères rachidiens. L'atteinte de ces ganglions par le virus du zona produirait les mêmes manifestations éruptives et douloureuses.

Dans l'état actuel des choses, pouvons-nous admettre que les algies postzostériennes soient dues à la lésion du nerf sensitif à son origine ? Si vraiment cette théorie était vraie, on aurait obtenu par section ganglionnaire ou retroganglionnaire la cessation de la douleur. Il n'en est pas ainsi dans les algies postzostériennes ou presque pas.

Théorie sympathique

Les lésions dans les ganglions sont surtout d'ordre hémorragique et on les attribue au sympathique.

Etant donnés les échecs dans les interventions par différents procédés dans les algies potzostériennes, le caractère de la douleur, la causalgie, sa continuité, quelquefois difficile à systématiser, débordant sur les régions voisines, n'a-t-on pas le droit d'admettre dans la pathogénie de ces algies une participation effective du système sympathique ? (Sicard, Wertheimer). Ces douleurs, s'accompagnant des troubles trophiques, vaso-moteurs et secrétoires, ne plaident-ils pas ces signes en faveur de l'origine sympathique de ces douleurs ? Du reste, les données anatomiques nous ont appris que, quand le ganglion est pris, le sympathique peut être aussi lésé : ils sont liés étroitement par les rami communicantes.

L'expérience de la guerre et les travaux des dernières années, nous ont bien montré qu'il y a deux grands types de douleurs : la douleur cérébro-spinale et la douleur sympathique. La première a un territoire fixe, elle est sans continuité et sa cessation est brusque. La seconde est continue, diffuse, influencée par les émotions, par les

bruits, soumise dans une certaine mesure, aux conditions atmosphériques et surtout elle exerce un retentissement sur l'état psychique de ceux qui en sont atteints.

Il arrive parfois que les sensations des deux systèmes s'intriquent, comme leurs fibres qui s'incorporent.

Il nous faut alors concevoir que ce système sympathique possède des fibres centripètes, pour conduire la sensibilité consciente. Les classiques ne l'admettaient pas.

Toujours ce système était considéré comme purement neuro-végétatif, possédant seulement des fibres centrifuges. Certains physiologistes anglais même enseignent que le sympathique n'est pas un système, puisque, à défaut d'éléments sensitifs, il n'a pas la possibilité de former un arc reflexe. Cependant il est bien démontré que les sensations douloureuses des viscères abdominaux sont conduites par le système sympathique. Pour la sensibilité périphérique il y a aussi des faits semblant montrer que le sympathique peut constituer une voie sensitive. Mais la démonstration de ces faits doit être établie définitivement.

Autrement comment peut-on expliquer ces faits : que la dénudation des artères suppriment les douleurs ; que la compression du sympathique cervical provoque des élancements dans l'œil (Vincent) et que l'excitation du tronc sympathique mette en évidence la production des phénomènes douloureux.

Il n'en est pas moins vrai que l'appareil sensitif peut résider exclusivement dans le système cérébro-spinal et le sympathique agir indirectement. Etant donné le grand rôle que le sympathique joue dans l'innervation du sys-

tème circulatoire, dès qu'il y aura un trouble dans ce système il se produira des troubles vaso-moteurs. Une vaso-dilatation, par exemple, provoquera des lésions des nerfs sensitifs ou seulement leur irritation, d'où douleurs. De même quand l'harmonie sera rompue dans le système vaso-moteur, la région se trouvera hyperhemiée et irritera les terminaisons sensitives et les douleurs naîtront. Beaucoup de symptômes qui accompagnent des sympathalgies plaident en faveur de cette théorie : les paroxysmes causés par les émotions, par les variations atmosphériques, par le froid et par la chaleur.

Quoi qu'il en soit, le sympathique peut jouer un rôle direct ou indirect dans la genèse des douleurs, soit en conduisant la douleur directement vers les centres nerveux, soit en engendrant des troubles vaso-moteurs, il contribuera à une algie sans en être pour cela la cause essentielle.

La preuve en est que les interventions soit sur le nerf sympathique directement, soit sur l'adventice vasculaire peuvent modifier les douleurs. Il est vrai qu'il n'en est pas toujours ainsi, mais les échecs dans l'intervention périphérique ne prouve rien contre la théorie sympathique. Ce système peut être lésé profondément dans l'axe cérébro-spinal : lésion périependymaire ou céphalique

Théorie bulbo-médullaire

Il peut arriver aussi qu'une algie continue, s'accompagnant de troubles vaso-moteurs ne soit pas une sympathalgie. La douleur peut être due à l'atteinte des colonnes

cellulaires sensitives bulbo-médullaires, ces douleurs ayant alors le caractère de continuité et étant du type causalgique (Foix, Thevenard et Nicolesco). Toutes les manifestations secretoires et vaso-motrices ne dépendront plus alors des lésions du sympathique, elle seront d'ordre réactionnel, étant simplement la conséquence de la douleur.

La dernière autopsie de Lhermitte et Nicolas a bien prouvé la dernière théorie. Les lésions zonateuses siégeaient dans l'axe grise — il y avait une myetite. De même on peut admettre, pour les zona de l'extrémité céphalique que les algies seront dues à une lésion bulbo-protuberantielle.

En général, est-il possible anatomo-pathologiquement, dans un processus infectieux comme le zona l'est, que la lésion soit toujours bien localisée dans une région précise ? Ne faut-il pas admettre que les localisations lésionnelles sont multiples, s'intriquent et s'ajoutent. Ce que nous pouvons dire dans l'état actuel des choses, après les diverses constatations anatomo-pathologiques et après que la chirurgie a relaté des succès et des échecs, c'est que les lésions qui déterminent les sensations douloureuses dans les algies postzostériennes ne sont pas superposables les unes aux autres. Dans un des cas, le ganglion et les racines seront en cause, et nous aurons une ganglio-radiculalgie, dans des autres cas, l'atteinte du sympathique s'ajoute et une ganglio-radiculo-sympathalgie se créera ; et enfin l'atteinte centrale justifiera le terme ganglio-radiculo-medullalgie.

Est-il un critérium clinique et humoral qui nous per-

mette plus ou moins de classer les algies postzostériennes? La dissociation de la sensibilité, comme nous l'avons déjà fait remarquer en insistant, doit nous conduire à supposer une atteinte profonde, médullaire ou bulbo-protuberantielle. De même la différence de degrés dans la lymphocytose peut-être pourra-t-elle parfois orienter vers telle ou telle localisation. Evidemment, il est bien démontré que la lymphocytose rachidienne est fonction non seulement de l'atteinte médullaire, mais aussi de l'état du ganglion. Mais il n'en est pas moins vrai qu'une lymphocytose abondante doit nous faire penser à une lésion de l'axe cérébro-spinal. Il ne sera pas non plus superflu d'admettre l'hypothèse qu'une plaque meningitique créera une irritation locale ganglio-medullaire ou ganglio-bulbaire.

En somme le chapitre pathogénique dans les algies postzostériennes n'est pas clos à la discussion : de bien séduisantes hypothèses restent encore pour l'avenir à émettre.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

D'innombrables modes de traitement ont été mis en usage dans les algies postzostériennes. Cette multitude de moyens pharmaceutiques physiotherapiques et chirurgicaux peut, *a priori*, donner une idée assez juste de la difficulté qu'on éprouve à obtenir la guérison de cette affection nerveuse. Nous étudierons le *traitement médical et le traitement chirurgical.*

A. — *TRAITEMENT MEDICAL*

Nous nous bornerons dans ce chapitre à indiquer les divers médicaments qui ont été mis à l'épreuve, et tout ce qui concerne les injections « *loco dolenti* », ainsi que la partie physiothérapique et autohémothérapique.

1° Médicaments

Tous les médicaments qui ont fait leur preuve dans des névralgies ont été employés tour à tour. Ce sont l'antipyrine, le pyramidon, l'acetanilide, l'exalgine, le

gelsemium, l'aconit ainsi que la belladone et la quinine, sans excepter la morphine et l'opium. Si quelques-uns de ces médicaments ont quelquefois procuré le repos, c'est seulement pour une courte durée. De même les narcotiques calment les douleurs, mais parfois seulement à hautes doses, surtout quand l'accoutumance se manifeste. Dans quelques cas, pour calmer l'irritabilité des malades, on a recouru aux sédatifs du système nerveux comme les bromures, le gardénal, etc.

2° Traitement local

Le traitement local consiste en application ou en injection « *loco dolenti* ».

a) La méthode d'application de refrigerents a été préconisée : ce sont les pulvérisations avec le chlorure de methyle ou chlorure d'ethyle. Parfois elles amènent une sédation partielle de la douleur (Obs. XXXII), mais plus souvent elles sont très mal supportées.

L'air chaud en bains ou en douches, ainsi que le pansement classique à l'eau bouillie chaude ont été mis à l'épreuve.

Les révulsifs locaux : les ventouses sèches ou scarifiées, les pointes de feu n'ont pas manqué d'être appliquées.

Enfin les liniments calmants laudanisés, chloroformés, etc. sont entrés dans la pratique journalière.

b) Les injections locales au niveau des points douloureux de novocaïne, cocaïne, alcool. Cette excellente méthode qui a donné de merveilleux résultats au cours des névralgies essentielles n'a pas réalisé l'espoir conçu

« Toutes nos tentatives d'alcoolisation dans le zona, quel qu'ait été son siège ont échoué » (Sicard). De même les injections de liopodol, de fibrolysine, de serum, etc. sont restées inefficaces dans les algies potzostériennes. S'il y a parfois atténuation de la douleur par les injections, elle est passagère. Cependant nous avons trouvé trois observations (XXIX, XXX et XXXI) d'algies récentes qui ont cédé par les injections de cocaïne à doses répétées plusieurs jours de suite. Il faut nous demander dans ces cas si la cocaïne n'a pas agi plutôt par son action générale.

c) L'alcoolisation du sympathique périartériel dans le zona ophtalmique a été essayée. Elle a donné de bons résultats définitifs dans les algies récentes (Obs. XI). M. Vincent préconise les injections bilatérales : du côté malade ainsi que du côté opposé, supposant que les sympathiques s'anastomosent comme les artères homologues. Mais il n'en est pas ainsi pour les vieilles algies (Obs. IX et X), où l'amélioration était réelle, mais pas définitive; dans ces cas l'alcoolisation était unilatérale.

Enfin l'injection au niveau du ganglion epthtalmique a été tentée. Cette injection était pratiquée à 4 % de scurocaïne-surrenaline, apportant un succès immédiat, mais qui fut transitoire (Obs. IX). Peut-être que l'injection d'alcool aurait donné un résultat plus durable (Wertheimer). La méthode d'injection périartérielle, ainsi que la cocaïnisation des ganglions sympathiques doit être prise en considération, surtout dans les algies postzostériennes récentes.

3° Physiothéraphie

On est intervenu sur la douleur par les agents physiques. Dans ce genre de traitement plusieurs ont été vantés.

a) *Electrothérapie.* — Ce sont les modalités sédatives qui ont été utilisées : effluvation de statique de haute fréquence, galvanisation qui actuellement est employée a haute intensité et en applications longues. Enfin la diathermie, l'ionisation salicylée, antipyrinée, l'ion de quinine, de l'azostate d'aconitine et l'ion de radium ont été mis à l'épreuve. D'après Delherm et Laquerrière les résultats étaient favorables tantôt avec de faibles intensités, tantôt avec des intensités élevées, tantôt avec l'ionisation médicamenteuse.

b) *Radiothérapie.* — La radiothérapie qui a fait ses preuves dans les radiculalgies a donné des succès dans deux cas d'algies postzostériennes qui persistaient depuis des mois (Cottenot).

c) *Photothérapie.* — Ce sont surtout les rayons actiniques, l'ultra-violet, qui ont été mis à l'étude. De bons résultats ont été signalés (Pietro Tarchini). La lumière bleue, la lumière blanche à intensité modérée ont été préconisées.

d) *Kinethérapie et balneothérapie.* — Le massage local au niveau des douleurs ainsi que les bains tièdes quotidiens sont entrés en pratique.

e) *Crenothérapie.* — Enfin les eaux minérales avec les sources hyperthermales ou sédatives n'ont pas manqué

d'entrer dans les traitements de ces algies. Ce sont Lamalou, Neris, Luxeuil, qui étaient indiquées.

4° Autohémothéraphie

Cette thérapeutique qui a conduit à des succès dans un grand nombre d'affections chroniques, particulièrement dans des maladies de la peau, a donné aussi des résultats intéressants au cours du zona, tant sur l'éruption que sur l'élément douleur. Mais c'est seulement en pleine poussée évolutive que ce procédé supprime les douleurs. Il ne constitue pas du tout un moyen de guérir des algies postzostériennes, même récentes (Obs. XXXII). Cette thérapeutique reste dans ce cas absolument inefficace.

Winter prétend que les malades qui ont été suivies, traitées par l'autohémothérapie à la période aigüe de leur zona, ne présentent point ultérieurement de névralgies postzostériennes tardives et rebelles. A ce point de vue cette méthode doit être considérée comme prophylactique. Chaque zonateux, surtout les vieillards, doit être traité par l'autohémothérapie, dont le procédé est facile et n'occasionne, en général, ni accidents ni incidents.

***

Enfin, pour clôre le chapitre du traitement médical, il est curieux de noter la disparition de la douleur, dans une algie datant de cinq mois par une ponction lombaire (Obs. XXVIII). L'auteur relate trois cas de ce genre avec douleurs persistantes depuis cinq et six mois. Mal-

gré que le liquide céphalo-rachidien était hypertendu, ce à quoi on peut en partie attribuer la douleur, nous croyons qu'un élément pithiatique était surajouté dans ces cas.

Avant de passer au traitement chirurgical, nous voulons faire remarquer que parfois le traitement médical peut sembler efficace : les algies postzostériennes récentes sont susceptibles de regresser spontanément. Néanmoins nous ne saurions assez insister sur ce point, que ce traitement, quelle que soit sa forme, doit être maintenu. En effet, la cessation passagère de la douleur fait patienter le malade jusqu'à la disparition complète de cette algie, éventualité réalisable avant un an. Il est possible aussi que le traitement par l'électrothérapie ou la radiothérapie hâte le processus de guérison naturel.

B. — *TRAITEMENT CHIRURGICAL*

Lorsque tous les moyens médicaux échouent, l'opportunité d'une intervention chirurgicale est à envisager. Cette intervention dans les algies postzostériennes est relativement de date récente. M. le Professeur Sicard en 1920 relate huit cas personnels.

Les opérations chirurgicales dans les algies postzostériennes comme dans les névralgies étaient pratiquées sur les nerfs sensitifs, sur les ganglions et sur les racines.

1° Section du nerf périphérique

L'acte chirurgical dans ce cas s'exerce sur les branches nerveuses périphériques sensitives. La section périphéri-

que peut s'adresser encore aux nerfs mixtes, comme les nerfs intercostaux. La destruction de quelques nerfs étagés sera sans inconvénient : la respiration est facilement suppléée par les autres muscles à point d'attache thoracique. Il en est de même, pour le nerf maxillaire inférieur, qui peut être sectionné unilatéralement sans grand dommage pour la mastication. Toutes les autres interventions sur les nerfs mixtes provoquant une paralysie sensitive, détermineront fatalement une paralysie motrice.

Nous ne possédons pas d'observations, concernant des interventions sur les nerfs périphériques, sauf un seul cas (Obs. I), où l'opération a porté sur le nerf susorbitaire, sans résultat. Mais *a priori* cette tentative chirurgicale ne doit pas conduire à un succès, étant donné que les lésions siègent plus profondément.

2° Opération sur le tronc périphérique para vertébral

(Opération de Franke)

Arrachement des nerfs intercostaux de dehors en dedans, pour actionner le ganglion rachidien et la racine rachidienne. Le but de l'opération est d'agir à distance sur les racines médullaires en pratiquant l'arrachement du ganglion. Cette opération a été démontrée inutile et dangereuse (Sicard). Sur les trois cas que le Professeur Sicard a fait opérer, il y a deux insuccès et une mort.

3° Opérations sur les ganglions rachidiens

La gangliectomie, comme pour l'opération de Franke, n'est possible qu'à la région intercostale. On est autorisé ici à ne pas respecter la racine préganglionnaire motrice. La gangliectomie rachidienne (opération de Sicard et Desmarets) a donné sur trois cas : deux guérisons et un insuccès (Sicard).

4° Opération sur les racines

(Radicotomie rachidienne)

C'est la radicotomie postérieure. Etant plus dangereuse, puisque cette opération implique l'ouverture duremérienne, mais elle peut être pratiquable à toutes les hauteurs de l'axe spinal, et elle se rapproche, le plus possible des centres dolorifiques de la moelle ; en même temps elle n'a aucune influence sur la motricité. Sur deux cas, un succès et un cas de mort ont été relatés (Sicard).

5° Cordotomie latérale antérieure

La cordotomie consiste à sectionner le cordon latéral (faisceau restant latéral), du côté opposé à la douleur. Ce faisceau groupe en effet, après entrecroisement, la presque totalité des fibres de la sensibilité douloureuse et thermique.

Cette opération, proposée, en Amérique, a été introduite en France par Sicard et Robineau. Etant surtout

préconisée contre des douleurs de cancéreux, on a vu son extension se faire aux algies postzostériennes.

Bien que l'opération soit assez délicate (on risque de léser le faisceau pyramidal croisé), elle est néanmoins entre les mains des chirurgiens spécialisés assez aisée, ni choquante. « Cette opération, nous le répétons, ne provoque pas de choc, même après anesthésie générale » (Haguenau).

Dans deux de nos observations où la cordotomie a été pratiquée, la cessation des douleurs fut immédiate. Mais un de ces malades mourut cinq semaines après, d'une hémorragie cérébrale, ne souffrant plus du tout de son zona (Obs. IV), et l'autre est morte d'une broncho-pneumonie six semaines après son opération (Obs. V).

6° Intervention sur le ganglion de Gasser

a) *Gangliectomie gasserienne.* — La seule observation que nous possédons a été suivie d'insuccès. De même deux échecs ont été rapportés par Sicard et Robineau).

b) *Radicotomie retrogasserienne par arrachement.* — Par contre la radicotomie par arrachement, a donné relativement de bons résultats. Parmi les trois cas que nous relatons, il y a une guérison complète (Obs. VII), un succès quasi-complet (Obs. III) et un échec (Obs. I).

7° Intervention sur le ganglion génicule

Nous citerons cette intervention pour simple mémoire. La découverte chirurgicale du ganglion geniculé repose

sur les possibilités techniques. Cette opération était tentée par Cushing et indiquée par Leriche et Wertheimer.

8° Intervention sur le sympathique

L'ablation du premier ganglion cervical dans le zona ophtalmique, a amené la cessation des douleurs pour trois mois ; mais elle fut suivie de récidive, persistant encore cinq ans après (Obs. VIII). Un échec pareil était rapporté par Sicard et Robineau.

VALEUR DE CES METHODES

En somme quelles conclusions pouvons-nous dire des interventions chirurgicales dans les algies postzostériennes ?

Il faut éliminer, à coup sur, l'intervention sur les nerfs périphériques, ainsi que l'opération de Franke · les lésions sont plus profondes.

La radicotomie et les gangliectomies rachidiennes ne sont que rarement efficaces, en raison des localisations multiples. Nous avons déjà insisté là-dessus dans la pathogénie.

La cordotomie latérale antérieure fait ses preuves au point de vue douleur, mais nos deux cas ne sont pas suffisamment probants.

La radicotomie retro-gasserienne dans le zona ophtalmique a obtenu des succès et doit être prise en considération.

L'intervention sur le sympathique : dénudation arté-

rielle, sections des rami-communicantes, est intéressante à mettre à l'épreuve.

Mais quel que soit l'acte chirurgical nous ne saurions assez insister sur cette remarque, que chaque intervention, outre sa valeur propre, son degré d'efficacité, doit être discutée, au point de vue de l'évolution de l'algie, de son intensité, de l'âge des malades et de ses tares pathologiques.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

Nous apportons 33 observations dont 5 personnelles. Ces observations sont polymorphes, mais chacune ayant étudié la complication douloureuse du zona à un point de vue quelconque, l'ensemble nous a conduit à l'étude de cette séquelle dans la présente thèse.

OBSERVATION I

(*Personnelle*)

Le 15 *avril* 1927. — Mme T., 52 ans. Zona opthalmique, droit en septembre 1922. Le zona était accompagné de fièvre, troubles digestifs.

L'éruption siégeant seulement sur le front, la racine du nez restait indemne. Un œdème infiltrait la paupière supérieure, masquant complètement le globe oculaire, qui n'était pas atteint. L'éruption a disparu au bout de trois semaines, laissant des cicatrices.

Les douleurs qui n'étaient que peu accentuées au début de l'éruption, augmentaient progressivement et s'exagérant par paroxysmes, amenaient la malade à l'hôpital Beaujon, où elle restait un mois. Les paroxysmes disparaissaient par application d'air chaud et par la médication aconitique, mais des douleurs sourdes persistèrent toujours. Ces douleurs

étaient localisées au niveau du territoire atteint, s'irradiant parfois dans tout l'hémicrâne correspondant.

La malade devient extrêmement nerveuse par les souffrances et l'insomnie qu'elle subit. Toutes les médications échouent. Elle a souffert beaucoup mais n'a jamais consenti à prendre de la morphine, de crainte de devenir morphinomane.

Après 8 mois de souffrances, elle accepta une intervention sur le nerf sus-orbitaire, par M. Moure, mais qui ne lui apporta aucun soulagement. Les douleurs restaient toujours de même acuité, et une localisation douloureuse dans l'oreille droite s'installe. Elle consulte alors dans le service du Professeur Sicard, où une opération lui est proposée.

L'opération a été exécutée par M. Robineau, le 12 avril 1924. Arrachement total par traction. La durée de l'opération fut de trois heures et demie. L'anesthésie était complète. La violente douleur a disparu, il restait les tiraillements dans l'oreille et au niveau de la tempe, qui sont encore notées le 26 avril, quand la malade quitte l'hôpital.

En octobre 1924, les douleurs persistaient toujours plus accentuées le soir par le decubitus. A cette époque, apparut une plaie cornéenne, pour laquelle M. Poulard fit une tarsorraphie.

En 1925, les douleurs toujours profondes et rebelles conduisent la malade à la Salpétrière, où on lui fait quinze séances d'ionisation d'aconitine, mais sans résultats. Tous les autres médicaments qu'elle prenait tout le temps, ne l'ont pas, non plus, soulagée.

Pendant sa cure d'ionisation, on lui a fait une série de sulfarsenol (probablement on lui a trouvé des signes de syphilis). Au cours de la deuxième série qui fut commencée trois mois après, la malade ne supportait pas la médication, elle a fait après la deuxième injection une crise nitritoïde.

En même temps que les douleurs continuent, d'autres malaises organiques se déclanchent. En 1926, on note un état général atteint : pâleur, grosse rate, gros foie, cœur rapide.

En mars 1926, la tarsorraphie est supprimée et l'œil est en bon état.

La malade revient de temps en temps consulter, mais c'est surtout pour ses troubles organiques. De la sorte, en avril 1927, elle rentre dans le service du Professeur Sicard.

Son état général s'est aggravé notablement : palpitation, indigestions, fatigue, nervosité.

A *l'interrogatoire*, le 15 avril 1927, auquel la malade se prête d'ailleurs assez difficilement, elle se plaint toujours des douleurs continues, sourdes et profondes qui siègent surtout du côté de l'oreille. Ces douleurs sont quoiqu'il en soit, dit la malade, moins vives qu'avant l'opération. La malade est très nerveuse, elle l'avoue même : chaque bruit l'exaspère, elle aimerait mieux ni parler ni répondre. Fait curieux à noter, elle sait beaucoup sur le zona et sur son traitement, et elle nous a montré même, une question d'internat sur le zona ophtalmique (sa fille est sténo-dactylographe). Il lui semble qu'on n'a pas fait assez pour sa guérison, avant d'intervenir chirurgicalement.

L'inspection montre, au point de vue local, des cicatrices blanchâtres très confluentes, sans intervalles de peau saine, sur toute la moitié droite du front, se perdant dans le cuir chevelu. Pas de cicatrices dans l'oreille. On note une atrophie temporale très accusée, qui fait enfoncement au niveau de la tempe droite à côté de l'enfoncement due à l'intervention chirurgicale ; une atrophie de la narine du côté droit qui forme une encoche assez marquée, ainsi qu'une hypotonie musculaire avec une mimique affaiblie de l'hémiface de même côté. En outre, la malade est très pâle, dyspnéique.

A l'examen, la sensibilité objective du côté atteint est abolie à tous les modes ; pourtant l'anesthésie est moins marquée dans le territoire du maxillaire inférieur. Pas de troubles de la sensibilité ailleurs. Pas de troubles de l'ouïe. Le réflexe cornéen ainsi que le réflexe masseterien sont abolis du côté droit. Le réflexe naso-palpébral est diminué. Tous les autres réflexes tendineux sont abolis ou diminués. Le réflexe lumineux existe, mais faible.

Pas de paralysies oculaires, ni paralysie de la face.

Au cœur on note un double souffle aortique. Tension 21-10.

Gros foie. La rate descend jusqu'à la crête iliaque.

Urines rares, ni albumine, ni sucre. W. sanguin négatif.

Pas d'autres signes objectifs de spécificité. Pas d'antécédents avoués.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Le 15 *avril* 1927. — Mme L., 74 ans. — Zona thoraco-abdominal droit, il y a deux ans et demi. Le zona a été caractérisé par les douleurs et une éruption vésiculeuse, qui a apparu quelques jours après les douleurs. Les vésicules se sont ulcérées et c'est seulement deux mois après, qu'elles disparurent par application locale d'acide picrique.

Quant aux douleurs qui restaient toujours localisées du côté droit de l'abdomen, en hémicercle douloureux, elles persistaient sous formes de brûlures continuelles, augmentant par crises, pendant sept mois. Pendant ce temps, trois mois après le début, la malade consulta dans le service du Professeur Sicard, où on lui prescrivit des ampoules de fibrolysine, au nombre de six. Les injections de ces ampoules, aux dires de la malade, ne lui procurèrent aucune amélioration. C'est seulement le temps qui lui apporta un soulagement. Ces douleurs commençaient à s'atténuer progressivement, et en ce moment, elles sont caractérisées par de petits élancements de temps en temps, et qui sont tout à fait supportables.

Par contre, elle se plaint de douleurs lombaires qui sont marquées surtout le matin quand la malade se réveille, mais qui disparaissent avec les mouvements. Elle se plaint aussi d'incontinence d'urine, qui fut précédée bien avant du zona, mais qui s'accentue depuis lors. Cette incontinence est due, comme, l'examen l'a montré, à une cystocèle.

A l'examen, les cicatrices se montrent blanches, déprimées, ne sont pas nombreuses et se trouvent dans le territoire des 9e, 10e et 11e nerfs intercostaux droits, surtout marquées vers la ligne médiane. Ces cicatrices, nous apprend la malade, étaient pigmentées, mais la pigmentation a disparu avec l'atténuation de la douleur. Dans toute la zone, on note une hypoesthésie à tous les modes de la sensibilité, qui passe à l'anesthésie complète au niveau des cicatrices. Pas de troubles de la sensibilité ailleurs. Pas de points douloureux à la palpation et à la percussion de la colonne vertébrale. Les mouvements antéro-postérieurs et latéraux ne sont pas limités. L'examen du système nerveux, comme des autres appareils, se montre négatif, sauf à noter une tension de 22-14 au Pachon. Pas d'antécédents, ni personnels, ni héréditaires.

OBSERVATION III

(*Personnelle*)

Le 25 avril 1927. — M. M., 63 ans, consulte en mars 1927, dans le service du Professeur Sicard. Zona ophtalmique droit le 10 mars 1926. Depuis cette époque, douleurs continues. Cicatrices non douteuses du zona frontal. Intégrité de la lèvre supérieure, menton, oreille, etc. Kératite de l'œil droit. Pas d'antécédents pathologiques. Pas de signes nerveux objectifs. Tarsorraphie droite le 4 mars par M. Poulard.

Le 5 mars 1927, radicotomie gasserienne par arrachement protubérantiel par M. Robineau. L'anesthésie frontale est incomplète, il doit donc rester une radicule. Mais le malade ne souffre plus, sauf quelques élancements très peu douloureux durant au plus un quart d'heure.

Le 17 mars 1927, l'amélioration est encore plus accentuée.

Le 7 avril 1927, le malade écrit à M. Sicard :

« Je souffre, il est vrai, encore, de temps à autre, j'éprouve des élancements dans l'angle facial à droite, là où le nerf a été retiré. Mais ce n'est rien à côté de ce j'ai souffert ! !

Grâce à votre science et à votre dévouement, Monsieur, la vie me sera moins amère.

Ce me sera une satisfaction de vous tenir au courant de ma maladie ; et ma reconnaissance, Monsieur, sera pour vous sans bornes ».

Le médecin traitant de ce malade a confirmé la même chose, que l'opération l'a beaucoup amélioré, malgré qu'il reste encore un reliquat douloureux.

OBSERVATION IV

(*Personnelle*)

M. G., 78 ans. Zona intercostal gauche en janvier 1925. Depuis lors, douleurs persistantes. Consulte dans le service du Professeur Sicard le 1er juin 1926, où une opération lui a été proposée. Cordotomie le 8 juin 1926, par M. Robineau. L'opération se passe sans incidents immédiats. Le malade n'accuse plus de douleurs du côté gauche. L'anesthésie ne paraît pas dépasser l'ombilic en haut cependant. Le malade est mort 5 semaines après l'opération, d'une hémorragie cérébrale, ne souffrant plus du tout de son zona.

OBSERVATION V

(*Personnelle*)

Mme L., 75 ans. Zona de la jambe gauche. Début il y a quatre ans. Douleurs très intenses depuis novembre 1926 Déjà opérée de cordotomie récemment par M. Leriche, en position assise et anesthésie locale dans le 8d au 9d.

Le 1er février 1927, la malade consent encor à une opération que lui propose le Professeur Sicard.

Cordotomie le 8 février 1927 par M. Robineau.

Section au-dessus de la cicatrice au niveau de D 3.

Anesthésie à la piqûre complète. Réponse sans valeur

pour le chaud et le froid. Disparition immédiate de la douleur. Pas de troubles moteurs de la jambe droite.

La malade est morte six semaines après son opération d'une broncho-pneumonie.

OBSERVATION VI

(*Prise dans les services du* Pr Sicard *et* Dr Robineau)

Mme L., 75 ans. Zona ophtalmique droit en décembre 1917. Depuis lors douleurs. Opérée le 1er octobre 1919 par M. Robineau, par ganglectomie gasserienne. Pas d'anesthésie complète, seulement piqûre, moins sentie au niveau de la face. La malade continuait à souffrir. Les souffrances étaient moins intolérables, il y avait des accalmies, mais pas de sédation absolue.

La malade est morte deux mois après l'opération de complications pulmonaires. L'autopsie a montré que le ganglion de Gasser avait été détruit efficacement.

OBSERVATION VII

(*Communiquée par le docteur* Robineau)

Mme F., 43 ans. Zona ophtalmique gauche en 1920. Depuis lors douleurs extrêmement intenses. La morphine, même à hautes doses, ne la calmait plus et les idées de suicide commençaient à germer.

Opérée le 18 janvier 1922. Arrachement protubérantiel de la racine. Guérison complète constatée encore en 1925.

OBSERVATION VIII

(Wertheimer, *Journal de Médecine de Lyon*, 1925)

H..., 52 ans, est vu par M. Leriche, en octobre 1920, pour une hémicranie antérieure gauche, qui, depuis cinq mois ne lui laisse aucun repos. Elle est consécutive à un

zona ophtalmique datant de cette époque. Les vésicules, dont le siège était typique, se flétrirent et disparurent en deux semaines, mais la douleur demeura et augmenta. Depuis juin, elle est incessante avec des exacerbations à tout instant ; elle occupe la moitié antérieure de l'hémicrane gauche, descend sur la tempe, la paupière supérieure, sans atteindre la paupière inférieure, ni le nez. Rien ne la soulage en dehors de la morphine que le malade prend à doses de 3 centigr. L'œil, très injecté, porte sur la cornée la trace de vésicules dont l'une a fait un petit ulcère ; l'œil larmoie ; il n'y a pas d'anéthésie cornéenne. Dans toute la zone douloureuse, la peau très lisse, très hypoesthésiée, est criblée de grosses cicatrices blanchâtres, ressemblant à des pointes de feu. L'effleurement en est très douloureux. L'examen du système nerveux est négatif.

Une ponction lombaire en position assise montre une pression très basse : 12 seulement au manomètre de Claude avant l'écoulement de tout liquide ; encore faut-il faire tousser le malade pour décoller l'aiguille qui monte lentement. On recueille 5 ou 6 gouttes de liquide clair et cette faible émission suffit à faire descendre la pression à 10 Cytologiquement, le liquide est normal ; il n'y a pas d'hyperalbuminose. La ponction exagère la céphalée ; on fait une injection de 250 gr. de sérum et, pour la première fois depuis 5 mois, le malade put dormir sans piqûre. Le lendemain, 25 octobre, M. Leriche enlève le ganglion cervical supérieur du sympathique. Il lui parut, en effet, en raison du caractère des douleurs, de l'hypotension et de l'état fragile de l'œil qu'il valait mieux s'adresser au sympathique qu'au trijumeau. Aussitôt le ganglion enlevé, le crâne devint écarlate : sur ce fond rouge, en un instant, les cicatrices blanchâtres de l'éruption devinrent violacées, œdémateuses, luisantes. La pupille était dilatée ; il y avait une forte injection conjonctive et tout l'œil était hyperhémié.

Au réveil, le malade ne souffrait plus ; il éprouvait seulement une sensation de prurit désagréable, qui persista les

jours suivants. Peu à peu, le prurit s'atténua, en même temps que les cicatrices pâlissaient. Pendant les 9 jours où le malade demeura à la Maison de santé, on fit chaque soir une injection de 150 gr. de sérum.

Le 25 novembre, le malade accuse encore quelques démangeaisons au niveau de la paupière supérieure où la peau est rosée. L'hémicrânie a totalement disparu. L'anesthésie cutanée persiste dans le domaine de l'ophtalmique. La conjonctive est moins rouge, l'ulcère cornéen est cicatrisé. L'état général est transformé : le malade mange bien et dort sans morphine.

Cet état persiste pendant plus de trois mois ; au bout de ce temps les douleurs récidivèrent. Elles persistent encore actuellement.

OBSERVATION IX

(Wertheimer, *Journal de Médecine de Lyon*, 1925)

Mlle R., 68 ans, nous est adressée par notre ami M. le docteur Devic pour des phénomènes douloureux localisés dans le territoire de l'opthalmique. En 1922, cette malade fut atteinte de zona opthalmique droit sans lésion oculaire. Les lésions zostériennes furent très lentes à se cicatriser. Les douleurs n'ont jamais cessé. Elles affectent strictement le territoire de l'ophtalmique ; elles sont continues, mais à la vérité le plus souvent tolérables ; par instants, et souvent plusieurs fois par jour, ces douleurs s'exacerbent en paroxysmes violents qui s'accompagnent de vaso-dilatation dans le territoire de l'ophtalmique, de larmoiement, de coryza unilatéral droit et d'éternuements. Les antécédents de cette maladie ne présentent rien de notable en dehors d'un phlegmon de la main droite dont il subsiste une ankylose du pouce. Divers essais thérapeutiques ont été effectués comprenant l'usage de tous les analgésiques, du gelsemium, de la radiothérapie ; tous ces traitements furent inefficaces.

Lorsque nous voyons la malade, elle présente dans toute

la moitié droite du front les cicatrices blanches de son zona qui ressortent sur un fond rouge de vaso-dilatation permanente. Par instants, à l'occasion des paroxysmes douloureux la région péri-orbitaire devient écarlate. Il n'existe pas de lésions cornéennes. Par contre, on note une anesthésie à peu près complète dans tout le territoire de l'ophtalmique.

Le 26 novembre 1924, je fais une injection d'alcool à 60° dans le sus-orbitaire et une autre le long de l'artère temporale superficielle.

La malade est revue le 1er décembre ; elle se déclare très améliorée ; les douleurs ont disparu dans la région temporale et dans la moitié droite du front. Elles persistent autour de l'angle interne de l'œil.

Je fais une injection d'alcool le long de l'artère faciale, dans le but d'atteindre le territoire demeuré douloureux.

Le 2 janvier 1925, la malade accuse des douleurs persistantes au niveau de cette dernière injection. Il semble même que celle-ci ait accru leur intensité.

En février, le médecin de cette malade, mon ami le docteur Pitre pratique une injection rétrobulbaire au niveau du ganglion ophtalmique avec une solution à 4 % de scurocaïne-surrenaline. Le soulagement fut immédiat. La malade put dormir la nuit entière, ce qui ne leur était pas arrivé depuis près de trois ans.

Le 12 mars 1925, le docteur Pitre m'écrit que, petit à petit, la malade a présenté à nouveau quelques douleurs dans la région temporale et parito-occipitale, mais elle se déclare très soulagée. Entre temps, elle a eu un ulcère cornéen actuellement en voie de cicatrisation.

OBSERVATION X

(Wertheimer, *Journal de Médecine de Lyon*, 1925)

Mme X.., 59 ans, est vue pour la première fois par M. Santy, le 13 février 1925. Au mois de novembre 1923, elle a présenté un zona ophtalmique du côté gauche qui,

pendant un mois, s'accompagna de douleurs extrêmement violentes. Pendant les deux mois qui suivirent, les douleurs persistèrent assez vives pour interdire toute sortie. Depuis cette époque, la malade n'a pas cessé de souffrir. Les phénomènes douloureux sont assez difficiles à localiser ; ils affectent cependant de façon élective les régions frontale et sous-orbitaire du côté gauche, mais ils irradaient vers la voûte du crâne et la région temporale. Ils consistent dans une sensation de démangeaison et de brûlure qui provoque parfois le grattage.

La malade a un état général excellent, malgré une lésion mitrale, d'ailleurs bien compensée. Elle est presque entièrement édentée. Au niveau de la face, il existe un léger abaissement du sourcil gauche ; les plis et les rides sont effacés ; on note un aspect œdémateux des téguments qui sont rouges, donnant au visage du côté gauche un aspect congestionné.

Le 14 février, M. Santy pratique une injection d'alcool à 60° au niveau du nerf sus-orbitaire et une autre autour de l'artère temporale superficielle. Ces injections sont suivies d'une grosse réaction locale ; elles apaisent la douleur pendant 24 heures.

Le 23 février, on utilise le même traitement avec de l'alcool à 85°. La sédation est complète et paraît durable ; elle se prolonge, en effet, pendant près d'un mois. Mais le 20 mars, les douleurs reparaissent, très violentes ; leur réapparition est attribuée par la malade à la mort subite de sa fille.

OBSERVATIONS XI et XII

(*Résumées*)

(Cl. Vincent, *Revue Neurologique*, 1922)

1. — M. L.., Zona opthalmique ayant débuté le 13 novembre. Très vite, le territoire cutané des nerfs fut recouvert des vésicules très confluentes, ainsi que les paupières et la cornée ; celle-ci était ulcérée à ce point que l'on craignait

pendant quelques jours, pour le globe oculaire. D'emblée, les douleurs furent très vives ; elles atteignirent leur maximum fin décembre 1921 et commencement de janvier 1922 ; c'étaient les élancements et les brûlures d'une violence particulière dans le globe oculaire ; même en observant le plus grand repos, elles étaient telles qu'elles empêchaient tout sommeil. Les mouvements de la mâchoire, l'exposition à l'air froid, le fait de se coucher sur le côté, exacerbaient encore la souffrance. Le malade en était venu à ne plus s'alimenter pour ne plus souffrir. Pour lui procurer un peu de repos, son médecin lui fit quelques injections de morphine ou de héroïne. Son poids avait passé de 58 kilogs à 44 kilogs. Selon sa femme, il n'était plus l'ombre de lui-même.

M. Vincent lui a fait l'alcoolisation du nerf frontal qui n'avait pas supprimé les douleurs ; il persistait particulièrement le long des branches de l'artère temporale, une douleur assez vive (bien que la sensibilité tactile fût abolie dans la même région). Une injection d'alcool au niveau de la gaîne artérielle temporale fait supprimer les douleurs à l'instant même.

Le lendemain, la femme du malade écrit :

« Mon mari a passé une excellente nuit. Il ne souffre plus du tout de ses intolérables douleurs. Il s'est alimenté. Votre intervention est miraculeuse. »

Mais quelques jours après, M. L. recommençait à souffrir d'une façon supportable d'ailleurs, particulièrement le long des branches de l'artère temporale. Nouvelle injection d'alcool le long du tronc de l'artère et le long de ses deux branches principales, de nouveau la douleur fut supprimée.

Le 8 mai, le malade ne souffrait plus, mais parfois les mouvements brusques ont réveillé une douleur, d'ailleurs très supportable. L'appétit et le sommeil sont revenus et le malade a repris son poids.

M. Vincent a revu ce malade en 1926 chez lequel on a noté les cicatrices confluentes, pigmentées, une atrophie musculaire dans la région frontale et une immobilité pupil-

laire du même côté. Les douleurs n'apparaissaient jamais à aucune occasion .

La même constatation en mai 1927.

2. — Deuxième malade. Zona ophtalmique gauche depuis novembre 1921. Les douleurs se sont installées depuis le début du zona. Douleurs persistantes empêchant le sommeil et l'alimentation.

On lui a fait une alcoolisation du nerf frontal et une alcoolisation du sympathique péri-artériel temporal gauche. Les douleurs cessèrent immédiatement, et l'on put supprimer tout médicament.

Mais une rechute se produisait, une nouvelle injection le long de l'artère temporale du côté opposé, c'est-à-dire du côté droit fut pratiquée. Les douleurs étaient supprimées.

Ce malade n'a pas été revu.

OBSERVATION XIII

(Petren et Bergmark, in thèse Rellier, Paris, 1911)

J.-B., homme, âgé de 84 ans. Accepté à la clinique le 29 décembre 1905.

Deux mois auparavant, il avait été atteint d'un zona compliqué d'ulcérations, qui fut guéri seulement un mois après. De vives et brûlantes douleurs continuent encore ; des cicatrices infiltrées d'une façon diffuse, correspondant assez nettement aux 3e et 4e racines cervicales.

Au moyen d'une épingle on ne peut provoquer une sensation douloureuse, mais seulement une sensation de toucher, et encore en faisant un pli à la peau. Le malade ne peut nullement distinguer dans la région du zona la température de 25° et 30° et pas exactement celle de 23° et 30°.

La sensibilité tactile est un peu modifiée.

La région des troubles sensitifs correspond d'une façon frappante à celle du zona, en tant que, celle-ci peut être jugée par l'existence de cicatrices.

OBSERVATION XIV

(Petren et Bergmark, in thèse Rellier, Paris, 1911)

A. F., homme âgé de 60 ans, a eu un zona au mois de mars 1903. Entre à la clinique en novembre 1903 ; à cette époque, on a constaté des perturbations des sens, du toucher, de la température et des douleurs.

De nouveau accepté à la clinique en janvier 1906. On trouve des cicatrices de zona dans une région de 18 centimètres d'étendue, correspondant au territoire de 4e, 5e, 6e et 7e racines dorsales. On constante à ce niveau, une anesthésie qui occupe toute la zone de l'éruption, mais devient un peu diffuse sur la ligne axillaire.

Au centre des téguments atteints, le malade n'est pas à même de distinguer deux températures différentes de 20°. Vers la limite supérieure et surtout vers la limite inférieure de cette région, la sensibilité est moins émoussée. le malade apprécie une différence de 10°.

Le malade souffre encore de névralgies intenses.

OBSERVATION XV

(Petren et Bergmark, in thèse Rellier, Paris, 1911)

K. B., veuve, âgée de 74 ans, a consulté le 16 novembre 1904. Au mois de juin 1904, elle a souffert d'un zona intercostal ; depuis ce moment, elle éprouve les douleurs de formes névralgiques, à la partie gauche du thorax et s'étendant aussi au-dessous du bras gauche.

Les cicatrices du zona, très développées, occupent une région qui a les dimensions d'une main, correspondant au territoire des 4e et 5e racines dorsales.

La sensibilité tactile, examinée à l'aide d'un léger pinceau est trouvée normale. Par contre, sur toute l'étendue de la région, il y a de l'analgesie et les températures de 18° et 40° ne peuvent pas être distinguées. La malade est incapable de

distinguer les températures de 18° et 70° dans une vaste région située au milieu des téguments atteints, à peu près à la partie inférieure de la ligne axillaire.

En dehors des limites du zona, la sensibilité est normale.

OBSERVATION XVI

(Petren et Bergmark, in thèse Rellier, Paris 1911)

T. S., femme, âgée de 72 ans. A consulté le 18 août 1906. Elle souffre d'une assez forte artério-sclérose et de prurit.

Il y a 2 ans, elle avait eu un zona dont les cicatrices correspondent à la 5e racine dorsale. (L'étendue de l'éruption n'est cependant pas évaluée).

La malade souffre encore des douleurs qui sont localisées à cet endroit. Il y a une forte analgésie à la région du zona.

Malheureusement, on n'a pas eu le temps d'examiner la sensibilité tactile et thermique.

OBSERVATION XVII

(Roger et Reboul-Lachaud, *Marseille Médicale* 1921)

Gur., âgé de 68 ans, présente, en fin septembre 1919, un zona confluent très douloureux cervico-facial, intéressant le pavillon de l'oreille droite, face interne et face externe de la moitié inférieure de la face, le cou et la région sus-claviculaire en demi-pèlerine antérieure et postérieure.

Vers le 15e jour de son évolution, apparaissent une paralysie faciale totale et complète. Pas de troubles de goût, pas de troubles auditifs. Aucun autre signe d'ordre nerveux ; urines normales, autres appareils normaux.

L'éruption dure environ trois semaines, puis disparaît, laissant des cicatrices très nettes du zona dans toute la région atteinte.

La paralysie faciale regresse, disparaît à son tour au bout de deux mois et complètement, seules persistent alors les algies de la nuque et de la région latérale du cou, leur con-

tinuité associée à des exacerbations paroxystiques, ainsi que leur résistance à toute médication sédative détermine un état neurasthénique avec idées hypochondriaques et une tentative de suicide.

OBSERVATION XVIII

(André-Thomas, *Société de Biologie*, 1919)

Zona localisé dans le territoire de la 2e et 3e cervicales gauche, chez un vieillard de 78 ans. Examen, 5 mois après l'apparition de l'éruption qui fut très confluente, douleurs tenaces et très pénibles, qui s'exacerbent par le frôlement et le pincement de la région malade. La piqûre est au contraire bien supportée et sentie moins vivement que du côté sain.

La chair de poule provoquée par le pincement du trapèze, par le soulèvement de la chemise, est beaucoup plus discrète et fait complètement défaut par places, dans le territoire des 2e et 3e racines cervicales gauches.

OBSERVATION XIX

(André-Thomas, *Société de Biologie*, 1919)

Zona localisé dans le territoire des 11e et 12e racines dorsales et 1re lombaire gauche, chez une femme âgée de 68 ans.

Examen. — Trois mois après l'apparition de l'éruption. Douleurs persistantes et très pénibles avec exacerbation nocturnes. La piqûre est sentie plus douloureusement dans le territoire de la 12e racine dorsale et 1re racine lombaire, mais quelques places sont moins sensibles. Le pinceau est moins bien senti.

La chair de poule provoquée par l'excitation cervicale manque en avant sur une large plaque qui reprend surtout au territoire de la 12e et de la 1re lombaire, en arrière sur une plaque un peu moins grande, correspondant au territoire des mêmes racines. Ces deux plaques se réunissent latéralement. La réaction locale existe, mais est moins vive au

niveau des plaques d'areflexie. Le dermographisme laissé par el passage du doigt est moins marqué au niveau de la plaque antérieure. La peau est plus froide dans une zone qui correspond à la plaque d'areflexie postérieure. Aucune différence dans la secrétion sudorale, mais la malade ne transpirait pas au moment de l'examen.

L'examen est en outre attiré par la plus grande intensité du reflex pilo-moteur sur la paroi abdominale gauche, au-dessus de l'éruption postérieure.

OBSERVATION XX

(André-Thomas, *Société de Biologie*, 1919)

Zona localisé dans le territoire du 8e nerf intercostal droit, chez une femme âgée de 66 ans.

Examen. — 7 ans après l'éruption. Douleurs persistantes. Sensibilité au tact et à la piqûre, très diminuée dans le territoire de D^7, D^8 et D^9. Le pincement n'est guère sensible à ce niveau. Lorsque la malade est découverte, la chair de poule apparaît aussitôt sur tout le corps, mais beaucoup plus accentuée du côté malade, particulièrement dans la région située au-dessus de l'éruption. Au cours d'examen sous diverses influences, la différence entre les deux côtés s'accentue. Par contre, sur une large plaque située au niveau et dans le voisinage de l'éruption, la chair de poule fait complètement défaut.

Les résultats sont les mêmes quand on provoque le reflex en excitant la région cervicale. Aucune différence dermographique. Au moment où l'on découvre la malade, la moiteur est très nette sur le territoire du 8e nerf, tandis qu'elle fait complètement défaut ailleurs.

OBSERVATION XXI

(André-Thomas, *Société de Biologie*, 1919)

Zona localisé dans le territoire des 6e et 7e nerfs intercostaux, chez une femme âgée de 35 ans.

Examen. — 2 ans après l'éruption, qui a été très discrète, il ne subsiste que quelques rares cicatrices blanchâtres dans la région dorsale. Douleurs persistantes. La sensibilité à la piqûre n'est pas altérée.

Le reflex pilo-moteur, par excitation cervicale, ne fait défaut que sur deux petites plaques situées à une certaine distance des cicatrices. La réaction locale produite par le passage du doigt est moins marquée au niveau de ces deux plaques. Sur l'une d'elles, le pincement est plus douloureux.

OBSERVATION XXII

(André-Thomas, *Société de Biologie*; 1919)

Zona localisé dans le territoire des 3e et 4e nerfs intercostaux droits, chez une femme âgée de 66 ans.

Examen. — 2 mois après l'éruption qui a été très confluente surtout dans le territoire du 4e nerf intercostal. Douleurs encore très vives revenant par crises. La sensibilité à la piqûre est abolie au niveau de l'éruption, encore très diminuée au-dessus et au-dessous. La zone hypoanalgésique couvre le territoire D^2, D^3, D^4, D^5 et D^6. Au contraire, dans toute cette zone, le frôlement est beaucoup plus douloureux que du côté sain et le pincement y est extrêmement pénible.

Dès que l'on découvre la malade, la chair de poule est nettement plus accentuée du côté atteint, dans toute l'étendue de la région cervicale et sus-mammaire, mais au voisinage de l'éruption le reflex pilo-moteur est plus faible et manque même par place. Il en est de même lorsque le reflex est provoqué par l'excitation cervicale.

La ligne rouge produite par le passage du doigt est plus marquée et plus persistante au niveau de l'éruption, mais au repos la peau est déjà plus colorée au même niveau.

La malade transpire abondamment sur tout le corps, sauf en avant et en arrière, sur une large bande, comprenant l'éruption, mais la débordant en haut et en bas.

OBSERVATION XXIII

(Achard et Grenet, *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1902).

Malade âgée de 75 ans, a été soignée au mois de mars 1902 pour un zona siégeant à la cuisse gauche, et est restée trois mois à l'hôpital. Depuis le début de sa maladie, elle souffre de douleurs dans le membre inférieur gauche.

A son entrée à l'hôpital Tenon, le 26 novembre, cette année, on constate les cicatrices du zona, étendues sur une bande presque horizontale, au niveau de la fosse iliaque externe, atteignant en haut la crête iliaque, en bas le grand trochanter et s'arrêtant en avant et en arrière à trois travers de doigts de la ligne médiane.

La malade accuse une douleur sourde et continue à la face postéro-externe de la cuisse gauche et à la fesse du même côté, douleur exagérée par la marche. La pression exercée en arrière du grand brochanter est un peu douloureuse ; pas de point de Valleix ; pas de signe de Laseque. La sensibilité cutanée est normale. La malade ne boite pas. Les reflexes sont normaux.

A l'auscultation du poumon, on perçoit quelques râles disséminés de bronchite et quelques signes d'emphysème. Le cœur est normal ; les artères sont assez souples. Le jour de l'entrée de la malade, on a constaté dans les urines des traces d'albumine, qui ont disparu le lendemain. La température oscille entre 37° et 38°.

Le 28 novembre, on retire, par ponction lombaire, environ 15 cm³ d'un liquide absolument limpide ; l'examen cytologique, pratiqué après centrifugation, fixation à l'alcool, éther et coloration à la thionine pheniquée, a réveillé une lymphocytose discrète mais évidente.

OBSERVATION XXIV

(Résumée)

(Chauffard et Froin, *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1902)

Chauffard (*Réaction meningitique du zona*) (*Journal de Médecine externe*, 1907)

Homme, 29 ans. Pas d'antécédents. Zona ophtalmique droit, en octobre 1902. Etat fébrile net. Douleurs subjectives, mais pas de troubles de la sensibilité objective. A la suite, les douleurs augmentent, ainsi qu'une anesthésie apparaît au niveau de la plaque zonateuse. Le malade souffre pendant plusieurs mois après que l'éruption a disparu. Il avait des paresthésies, ne pouvait pas supporter un chapeau dur. Les ponctions lombaires étaient pratiquées six fois, depuis le 2e jour jusqu'au 300e jour. Seulement la dernière ponction montra un liquide normal, tandis que toutes les autres accusent une lymphocytose notable. Les douleurs disparaissent encore avant cette dernière ponction.

OBSERVATION XXV

(Communiqué par M. le Professeur agrégé Vidal, in thèse Rallion, Paris, 1904)

Douleurs persistantes, 2 ans après un zona.

S... baraque 6, Hôpital Cochin.

27 juin 1903. Femme ayant, il y a 2 ans, en 1901, une attaque de zona intercostal, avec douleurs vives et phénomènes généraux. A ce moment, la ponction lombaire est pratiquée à trois reprises, à la Salpêtrière, par M. le Docteur Sicard ; on trouve de la lymphocytose.

Les douleurs ont persisté avec un caractère moins aigu, mais elles sont presque continues, avec exacerbation nocturne, troubles abdominaux, diarrhée, meteorisme, amaigrissement.

Les reflexes sont conservés. Rien du côté des yeux. La ponction lombaire est pratiquée le jour même. On recueille 4 centimètres cubes de liquide ; on centrifuge à l'appareil Kraux pendant 10 minutes. Coloration à l'œsino-hématine. On constate une lymphocytose excessivement discrète.

OBSERVATION XXVI

(Brandées In. C. R. de la *Société de Biologie de Paris*, 1904)

M. B., névralgie datant de 11 mois, succédant à un zona de la fesse et de la cuisse. Ponction lombaire le 29 décembre 1902. Liquide coulant goutte à goutte au début, puis en jet continu. On laisse écouler 25 centimètres cubes.

L'examen microscopique montre les globules rouges et les lymphocytes en nombre à peu près égal (18 à 20 par champ). Il y a donc lieu de conclure que tous les lymphocytes ne proviennent pas du sang mélangé au liquide céphalo-rachidien, mais qu'un certain nombre de ces éléments appartient au liquide lui-même.

OBSERVATION XXVII

(Résumée)

(Souques, *Revue Neurologique*, 1921)

Malade, 55 ans. Zona en juillet 1902, qui évolue régulièrement. Quelques semaines après, une pigmentation brunâtre apparaît dans tout le territoire du zona, dépassant en haut et en bas les limites d'éruption zostériennes.

Le malade est revu en mars 1903, se plaignant de douleurs continuelles, comparées par le malade à une traction qu'on ferait subir à ses côtes de bas en haut.

La pigmentation n'avait pas varié. On distingue nettement dans la zone pigmentée quelques petites cicatrices blanches aux contours irréguliers, vestiges des vésicules zostériennes. Sur toute la zone pigmentée, on constatait une anesthésie

marqués pour le tact, la douleur, le chaud et le froid ; elle s'atténuait sur les deux versants supérieurs et inférieurs et cessait après avoir dépassé en haut et en bas, non seulement le territoire de l'éruption zostérienne, mais aussi celui de la pigmentation.

La ponction lombaire à cette époque, 8 - 9 mois après le zona, montra une lymphocytose appréciable (8 à 10 par champ). Le malade n'a pas été revu depuis.

Divers essais pour provoquer une pigmentation cutanée furent tentés, au moyen de sinapismes et de vésicatoires appliqués près de la zone pigmentée et anesthésique. Ce fut en vain.

OBSERVATION XXVIII

(Résumée)

(Abadie, *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 1902)

Malade, âgé de 52 ans. Zona lombo-abdominal droit, remonte à 6 mois. Les éruptions disparurent au bout de 3 semaines, mais les douleurs, qui avaient apparu en même temps que l'éruption, persistent et ramènent le malade à l'hôpital. Douleurs continues, s'exagérant par crises pendant la nuit, ainsi que par le moindre déplacement du thorax et du bassin.

A l'examen, la sensibilité à la piqûre au niveau des cicatrices est abolie, par contre, autour de ces cicatrices, sur une zone très étendue, la piqûre, la pression légère, le moindre contact étaient très douloureusement sentis.

La ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien clair ; l'écoulement se fait sous une pression supérieure à la normale. On arrête l'écoulement quand le liquide sort goutte à goutte, soit après issue de 18 centimètres cubes.

Le liquide renferme uniquement les lymphocytes (5 - 6 par champ), sans aucun autre élément cellulaire.

Aucun incident après la ponction, sauf légère céphalée.

Le lendemain, la malade est très étonnée de ne plus éprouver les douleurs lombo-abdominales. L'hyperhesthésie autour des cicatrices a complètement disparu, seules les cicatrices restent anesthésiées. La malade restant en observation pendant plusieurs jours se déclare complètement guérie.

OBSERVATIONS XXIX, XXX et XXXI

(Résumées)

(Par Docteur Salva, « *Le Poitou Medical* » 1901)

1. — Mme R., 38 ans. Zona ophtalmique en décembre 1895, avec participation cornéenne. Légères douleurs. La malade était soumise à la quinine et une pommade iodoformée fut administrée pour son œil. En février 1896, les lésions du zona, tant au front que sur la cornée, sont cicatrisées, mais les douleurs névralgiques extrêmement violentes au niveau du front empêchent tout repos. On a essayé en vain la quinine, l'antipyrine, l'opium et le bromure de potassium. Le 22 février, on lui fait une injection hypodermique de cocaïne de 2 centg. au front, les douleurs sont moins vives dans la journée. Les jours suivants, nouvelles injections de 2 centg. ; les douleurs cessent. A partir du 28, plus d'injection, au bout de 3 jours, les douleurs réapparaissent, mais légères; je recommence les injections de 5 centg. pendant 15 jours ; la malade n'a plus souffert.

2. — Mme F. Zona ophtalmique. Le 7 avril 1897, les lésions sont à peu près cicatrisées. Douleur au niveau du front.

Le 8 mai, les douleurs persistent plus vives que lors de la première visite. L'antipyrine, la quinine n'ont pas diminué les douleurs. On lui fait une injection de cocaïne de 2 centigrammes au niveau du front ; les injections sont continuées tous les jours pendant 15 jours ; dès le troisième jour, les douleurs cessent et ne réapparaissent plus.

3. — Mme D., 48 ans. Zona ophtalmique gauche, il y a 3 mois. Cicatrices caractéristiques du zona. Participation cornéenne et de l'iris. La malade se plaint de douleurs névralgiques très vives dans toute la tête et de douleurs sourdes dans l'œil, qui empêchent de dormir. Le point sus-orbitraire est douloureux à la pression.

Depuis qu'elle souffre, on a essayé, sans résultat, l'antipyrine, le bromure de potassium et on lui fait les piqûres de morphine tous les soirs depuis un mois ; la morphine calme les douleurs pendant quelques heures seulement. On lui fait alors l'injection de cocaïne au niveau du front, de 2 centigrammes les deux premiers jours et de 5 centigrammes les suivants. Dès la première injection, la malade se trouve mieux; elle sent encore quelques douleurs, mais moins vives; à partir de la 3e injection, les douleurs disparaissent complètement. Au bout de 8 jours, la malade veut cesser le traitement, se croyant guérie, mais 5 ou 6 jours après revient une légère rechute ; on recommence les injections tous les jours pendant une semaine ; puis tous les 2 jours, ensuite tous les 3 jours pendant 2 semaines encore. Mme D. n'a plus ressenti aucune douleur.

OBSERVATION XXXII

(Pr. Bureau, in thèse Winter, Paris 1926)

Névralgie consécutive à un zona cervico-brachial. Insuccès

Mme J., 82 ans, se présente à notre consultation le 29 janvier 1926. Elle a eu, il y a 3 semaines environ un zona cervico-brachial gauche, peu douloureux à ce moment, et dont l'éruption est aujourd'hui complètement guérie.

Depuis 48 heures, la malade a été prise de douleurs névralgiques au niveau du siège de son zona ; les douleurs sont particulièrement violentes aujourd'hui. On lui fait séance tenante, une injection de 5 centimètres cubes de sang. Nous revoyons la malade le lendemain, le 30 janvier : cette première injection n'a amené aucun soulagement à la ma-

lade qui a souffert très violemment encore la nuit dernière. Nouvelle injection de 5 centimètres cubes de sang.

Le 1er février, la malade souffre toujours. Il est pratiqué une troisième injection qui ne paraît pas donner les meilleurs résultats. Devant cet insuccès de l'autohémothérapie, on ordonne les cachets d'atophan à la malade qui revient trois jours après très améliorée de ses douleurs.

OBSERVATION XXXIII

(Communiqué par Bonté, int. des Hôpitaux, in thèse Winter Paris 1926)

Névralgies consécutives à un zona intercostal. Insuccès double

M. S... J.-B., 72 ans, entre une première fois le 6 mai 1925, salle 9, dans le service de M. Bureau, pour des névralgies et des crises d'asthme. Le malade a constaté en décembre 1924, un zona intercostal droit actuellement guéri et qui a été soigné par les pansements à la poudre de talc. Depuis ce temps, le malade souffre de névralgies rebelles au niveau de la région du zona : douleurs thoraciques très pénibles.

Soumise à l'autohémothérapie : reçoit 10 injections de 10 centimètres cubes de sang, chaque injection étant faite tous les deux jours. Aucune amélioration. Le malade sort de l'hôpital.

Il rentre de nouveau le 5 novembre 1925 avec les mêmes symptômes ; on essaie encore l'autohémothérapie : 7 injections de 10 centimètres cubes de sang sont faites n'amenant aucune amélioration.

Les seuls médicaments qui soulagent un peu le patient sont le siphonage au chlorure d'éthyle et de pyréthane.

CONCLUSIONS

1° Les algies postzostériennes sont une complication assez fréquente. Jamais observées dans l'enfance, exceptionnelles avant 30 ans, elles deviennent de plus en plus fréquentes au fur et à mesure qu'on avance dans l'âge, atteignant leur maximum entre 60 et 70 ans, avec prépondérance dans le sexe féminin.

2° La douleur est souvent d'une intensité extrême, continue, durable, brûlante et contusive, avec des exacerbations, soumises aux influences hygrométriques et psychiques, s'accompagnant souvent de troubles vaso-moteurs et trophiques.

3° Les troubles de la sensibilité objective sont presque constants dans la région atteinte, où ils sont plus ou moins limités, se traduisant par l'hypo ou l'anesthésie à tous les modes ; l'hyperesthésie à la piqûre a été constatée ; plus rarement il y a dissociation.

4° La réflectivité sympathique est toujours modifiée : il y a aréfléxie en aire au niveau de la région atteinte.

5° La réaction lymphocytaire dans le liquide céphalo-rachidien est un phénomène fréquent, mais non constant ; elle est souvent en rapport avec l'intensité de la douleur.

6° La localisation la plus fréquente de la douleur est sur la branche ophtalmique, elle s'observe entre 40 et 70 ans ; toutes les autres localisations sont en rapport avec la fréquence des variétés des zona et on les note surtout entre 60 et 80 ans.

7° L'évolution des algies postzostériennes est variable : elles peuvent céder avant un an, mais lorsqu'elles dépassent ce laps de temps, elles sont vouées à la chronicité. La longue durée influe sur l'état général et psychique des malades.

8° La pathogénie des algies postzostériennes est diverse. L'inflammation zostérienne peut frapper différents segments de la sensibilité douloureuse : le ganglion cérébro-spinal et la racine ; les cellules de la corne postérieure ou bulbaire ; le ganglion sympathique et le système sympathique intra ou para-médullaire. Les lésions de ces différents systèmes peuvent s'intriquer.

9° Le traitement médical, que ce soient les médicaments ou les injections « loco dolenti » est inefficace ; il peut apporter, mais rarement, un soulagement précaire. On a essayé aussi la cocaïnisation du ganglion opthalmique avec résultat passager. L'alcoolisation du sympathique périartériel dans les algies récentes doit

être tentée, ainsi que la physiothérapie sous ses diverses formes.

10° Mais lorsque les algies persistent intolérables depuis plus de dix-huit mois, que tout traitement médical a échoué, et que chez ces malades germent des idées de suicide, on peut alors discuter l'intervention chirurgicale :

a) L'acte chirurgical est inutile sur les nerfs périphériques, que ce soient les rachidiens ou céphaliques, puisque les lésions sont plus profondes.

b) Les gangliectomies et les radicotomies sont rarement efficaces, en raison des localisations diverses plus profondes des lésions zostériennes. A ce point de vue le procédé extra dure-mérien a donné plus de résultats.

c) La cordotomie latérale antérieure (Sicard et Robineau) supprime les douleurs immédiatement et peut-être définitivement. L'opération n'est pas choquante. Mais si l'on a affaire à des sujets trop âgés il est préférable de renoncer à cette intervention pour éviter toute interprétation de responsabilité opératoire en cas de complication sénile.

d) La radicotomie rétro-gasserienne dans l'algie ophtalmique a fait ses preuves et doit être prise en considération.

11° Nous ne possédons pas assez d'observations au sujet des interventions sur le sympathique, ou la dénudation artérielle, ou la section des rami-communicantes, pour porter un jugement définitif à leur égard.

12° Quelle que soit l'intervention chirurgicale, elle ne doit jamais être tentée avant dix-huit mois d'évolution de la maladie. L'âge des malades doit entrer en ligne de compte au point de vue opératoire. Le malade doit être également prévenu que l'acte chirurgical n'est pas toujours d'une parfaite efficacité et qu'on ne peut lui assurer une guérison complète.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse*,
J.-A. SICARD

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD, LŒPER et LAUBRY. — *Le liquide céphalo-rachidien dans le zona.* Société médicale des Hôpitaux de Paris, juillet 1901.

ALIBERT. — *Monographie de dermatoses précises.* Paris 1832.

André-THOMAS. — *Les troubles de la réflectivité pilo-motrice dans le zona.* Société de Biologie, octobre 1919.

André-THOMAS et HEUYER. — *Un cas de zona ophtalmique suivi d'autopsie. Examen du ganglion du Gasser, du trijumeau et de l'appareil ciliaire.* Revue Neurologique, février 1912.

André-THOMAS et LAMUNIÈRE. — *Les lésions médullaires du zona.* Revue Neurologique, juillet 1907.

BAERENSPRUNG. — 1° *Die Gürtelkrankheit.* Annales des Charité-Krankenhauses zu Berlin, 1861.

2° *Fernere Beiträge zur Kenntniss des zoster.* Ibid. 1862, 1863.

BAUDOIN. — *Les troubles moteurs dans le zona.* Thèse de Paris 1921.

BAUDOIN A. — *Discussion de la Société de Neurologie,*

séance du 4 mai 1922, Revue Neurologique 1922.

Blanchez. — *Zona ophtalmique.* Journal de médecine et de chirurgie pratique, Paris 1880. Gazette des Hôpitaux, février 1880.

Browmann. — *Du zoster ophtalmique.* Annales d'oculistique, 1869.

Brissaud. — *Metamerie spinale et distribution périphérique du zona.* Bulletin Médical, janvier 1896.

Brissaud. — Citations. In pratique Medico-chirurgicale, 1911.

Brissaud et Sicard. — *La lymphocytose du liquide* céphalo-rachidien, Société médicale des Hôpitaux de Paris, mars 1901.

Bruce. — *Suite peu habituelle de l'herpes zoster.* Revue of Neurologie and Psychiatrie, décembre 1907.

Charcot et Cottard. — *Sur un cas du zona du cou avec altération des nerfs du plexus cervical et des ganglions correspondants des racines spinales postérieures.* Société de Biologie, 1865.

Chauffard et Boidin. — *Un an des ponctions lombaires dans un service hospitalier.* Gazette des Hôpitaux, juin 1904.

Chauffard et Froin. — *Deux cas de zona avec lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.* Société Médicale des Hôpitaux de Paris, novembre 1902.

Claude et Velter. — *Troubles trophiques osteoarticulaires dans le zona et les nevrites radiculaires.* Encéphale, mai 1911.

Cottenot. — *Radiologie et radiothérapie*, in Traité de

Pathologie Médicale de SERGENT, tome XXXII.

DEJERINE et André-THOMAS. — *Les lésions radiculo-ganglionnaire du zona*, Revue Neurologique, mai 1907.

DELHERME et LAQUERRIÈRE. — *Electrologie et électrotherapie*, in Traité de Pathologie Médicale de SERGENT, tome XXXI.

DOMBROWSKY. — *Contribution à l'étude de la paralysie faciale zostérienne*. Thèse de Paris, 1912.

DOPTER. — *Sur un cas de zona thoracique à disposition metamerique*. Société Médicale des Hôpitaux de Paris, juillet 1901.

FOIX, THEVENARD et NICOLESKO. — *Algie faciale d'origine bulbo-trigemellaire au cours de la syringo myelie. Troubles sympathiques concomitants Douleurs à type cellulaire*. Revue Neurologique, juillet 1922.

GEOFFROY. — *Mémoire de la société royale de médecine*, Paris 1780.

GUILLAIN et PERNET. — *Syndrôme rhumatismale chronique consécutif à un zona et localisation sur le territoire radiculaire*. Revue Neurologique, novembre 1910.

GUILLAIN et ROUTIER — *Periarthrite rhumatismale chronique consécutive à un zona et localisée dans le territoire de l'éruption*. Société Médicale des Hôpitaux de Paris, octobre 1913.

HAGUENAU. — *La cordotomie latérale antérieure. Principe et indications*. La Pratique Médicale Française, mai 1925.

HEAD et CAMPBELL. — *The Pathologie of herpes zoster.* Brain 1900, Revue Neurologique, avril 1901.

HEUSSINGER. — *Ueber der neuralgichen Schmerzen im zoster und über du ursache der eigenthümlichen Form des letztern. Woschenschrift für die Heilkunde*, Berlin 1846.

HYBOND. — *Zona opthalmique.* Thèse de Paris 1872.

KLIPPEL et AYNAUD. — *La paralysie faciale zostérienne.* Journal des Praticiens, avril 1899. Gazette des Hôpitaux, mai 1899.

LERICHE. — *Quelques indications nouvelles de l'ablation du ganglion cervical supérieur du sympathique.* Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, décembre 1920.

LERICHE et WERTHEIMER. — *Sur l'ablation du ganglion géniculé.* Lyon Chirurgical, mars-avril 1924.

LHERMITTE et NICOLAS. — *Les lésions spinales du zona. La myelite zostérienne.* Revue Neurologique, février 1924.

LORRY. — *Tractatus de morbis cutaneis*, Paris 1777.

MINET. — *Du zona sans éruption.* Echo Medical du Nord, 1910.

PARROT. — *Considérations sur le zona.* Union Médicale, mars 1856.

PITRES et VAILLARD. — *Contribution à l'étude des névrites périphériques non traumatiques.* Archives de Neurologie, 1883.

POIRAULT. — *Troubles de la sensibilité objective des muqueuses et de la peau dans le zona*, Thèse de Paris, 1914.

PROUST. — *Zona ophtalmique. Réaction Méningée.* Thèse de Paris, 1920.

RAMOND. — *La thermo-anesthésie au cours du zona.* Société Médicale des Hôpitaux de Paris, décembre 1910.

RAMSAY HUNT. — *Le syndrôme de la poliomyélite postérieure aigüe dans les ganglions geniculé, acoustique, glosso-pharangien et pneumogastrique.* Archiv. of Internal Medecine, juin 1910.

RAYER. — *Maladie de la peau,* tome I, Paris 1835.

RELLIER. — *Troubles de la sensibilité objective dans le zona.* Thèse de Paris, 1911.

ROMBERG. — *Ueber den zoster.* Deutsche Clinique, Berlin 1850.

ROSE (Félix). — *Nevrite sensitive et trophique à la suite d'un zona.* Iconographie de la Salpétrière, 1908.

SICARD. — 1° *Liquide céphalo-rachidien. Encyclopédie,* Aide-Mémoire 1901.

— 2° *Du zona sans éruptions.* Journal de Médecine de Paris, août 1910.

— 3° *Algies post-zostériennes et leur traitement chirurgical,* La Médecine, février 1920.

— 4° *L'algie post-zostérienne,* in Traité de Pathologie Médicale de SERGENT, tome VI.

— 5° *Cicatrice cutanée post-éruptive : signe diagnostique du zona vrai d'avec les herpès zostériformes.* Société Médicale des Hôpitaux de Paris, novembre 1919.

— 6° *Discussion.* Séance de la Société de Neurologie 4 mai 1922. Revue Neurologique, 1922.

SICARD et CESTAN. — *Etude sur la traversée meningo-radiculaire.* Société Médicale des Hôpitaux de Paris, juin 1904.

SICARD, ROGER et VERNET. — *Les zonas de la face.* Revue Neurologique, janvier 1919.

SICARD et ROBINEAU. — *Radicotomie gasserienne par arrachement, contre l'algie rebelle du zona ophtalmique.* Revue Neurologique, avril 1922.

SULZER. — *Zona ophtalmique.* Thèse de Paris, 1898.

TARCHINI PIETRO. — *Ruggi intravioletti,* juin 1925.

Les traitements des névralgies consécutives au zona par la photo-chromothérapie. Revue Neurologique, octobre 1925.

TROUSSEAU. — Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu, Paris 1861.

VINCENT. — *Discussion.* Séance de la société de Neurologie du 4 mai 1922. Revue Neurologique, 1922.

WERTHEIMER. — *L'algie faciale postzostérienne. Considérations pathogéniques et chirurgicales.* Le journal de Médecine de Lyon, août 1925.

WIDAL. — *Le zona fruste.* Journal de Médecine et de chirurgie pratiques, janvier 1907.

WIDAL et LE SOURD. — *Zona metamerique du membre inférieur. Présence d'éléments cellulaires dans le liquide cephalo-rachidien.* Société Médicale des Hôpitaux de Paris, juillet 1901.

WINTER. — *Le traitement du zona par l'autohémothérapie.* Thèse de Paris, 1926.